

SUCHT

**Gemeinsam statt einsam
Die Therapeutische Gemeinschaft**

Wir danken unseren SpenderInnen

Wurstmanufaktur Kollercker, Ebreichsdorf
Elfriede Aschbeck, Wien
Günter Baumgartner, Wien
Beate Cerny, Wien
Dr. Günther Frohner, Lasee
Doris Grossi, Wien
Mag. Peter Humann, Pitten
Elfriede Jilg, Bad Vöslau
Robert Kopera, Reisenberg
Harald und Brigitte Krebitz, Bad Waltersdorf
Helmut u. Gertraude Kulhanek, Kierling
Dr. Günter Mittendorfer, Linz
DI Karin Mottl MSc, Petronell
Christa Panny, Wien
DI Peter Podsedensek, Wien
Mag. Karl Schwarz, Krems
Günther Stacher, Waidhofen a.d. Ybbs
Klaus Tockner, Wiener Neustadt
Dr. Alfons Willam, Wien
und viele anonyme SpenderInnen



Partner des **Grünen Kreises**

Die **Niederösterreichische Versicherung** unterstützt die Arbeit des **Grünen Kreises**.

»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des **Grünen Kreises** nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

www.noever.at

Herzlichen Dank im Namen aller KlientInnen des **Grünen Kreises**!

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im **Grünen Kreis** verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die
NÖ Landesbank-Hypothekbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222
BIC HYPNATWW
oder fordern Sie bei
spenden@gruenerkreis.at
einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

www.gruenerkreis.at

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

Impressum

Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des **Grüner Kreis**-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtindizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins **Grüner Kreis**.

Das **Grüner Kreis**-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

Medieninhaber: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Herausgeber: Verein **Grüner Kreis**

Geschäftsführer: Dir. Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch [oewf]

Eigenverlag: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Alle: 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

Tel.: +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40

redaktion@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Österreichisches Wirtschaftsforum

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

Druck: AV+Astoria Druckzentrum GmbH

Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Alfred Rohrhofer, Wouter Vanderplassen, Human-Friedrich Unterrainer, Jürgen Hoss, Bärbel Fichtl, Markus Meschik, Alexandra Kirschner, Edith Ober, Jürgen Fuchshuber, Michaela Hiebler-Ragger, Kurt Neuhold und KlientInnen im **Grünen Kreis**

Bildquellennachweis:

Cover: © iStock.com/Nattakorn Maneerat

Seite 3: © 123RF.com/Igor Tarasyuk

AutorInnenportraits: privat

Gender-Hinweis: Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der GastautorInnen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes resp. einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

Der **Grüne Kreis** dankt seinen Förderern



editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Idee der heilenden Kraft einer Gemeinschaft, insbesondere in der Therapeutischen Gemeinschaft steht diesmal im Mittelpunkt unserer Betrachtungen. Menschen mit einem ähnlichen Krankheitshintergrund bringen einander Verständnis und Anerkennung entgegen und unterstützen sich wechselseitig im Therapieprozess. Dieses System der Selbsthilfe hat sich in unterschiedlichen Ausformungen ursprünglich in den USA etabliert, wird heute aber auch in ganz Europa mit beachtlichem Erfolg angewandt. Es bildet die Grundlage des Behandlungskonzepts des Vereins Grüner Kreis, wenngleich in einer weiterentwickelten Form, durch Einbeziehung eines multiprofessionellen Behandlungs- und Betreuungsteams.

Neben der Therapeutischen Gemeinschaft stellen wir auch andere Selbsthilfemodelle vor, wie die Anonymen Alkoholiker, einer weltweit verbreiteten Selbsthilfeorganisation zur Unterstützung von Menschen bei der Genesung vom Alkoholismus. Letztlich soll eine begleitende Methode in der therapeutischen Betreuung von Suchterkrankten nicht unerwähnt bleiben: die Tiergestützte Therapie, der sich ein eigener Beitrag widmet.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Alfred Rohrhofer



Der Verein »Grüner Kreis« wünscht im Namen des gesamten Vorstandes und der Geschäftsführung allen LeserInnen, KlientInnen, MitarbeiterInnen und KooperationspartnerInnen ein frohes Fest und ein erfolgreiches Neues Jahr!

Dr. Robert Muhr
psychotherapeutischer Leiter

Dir. Alfred Rohrhofer
Geschäftsführer

Dr. Leonidas Lemonis
ärztlicher Leiter



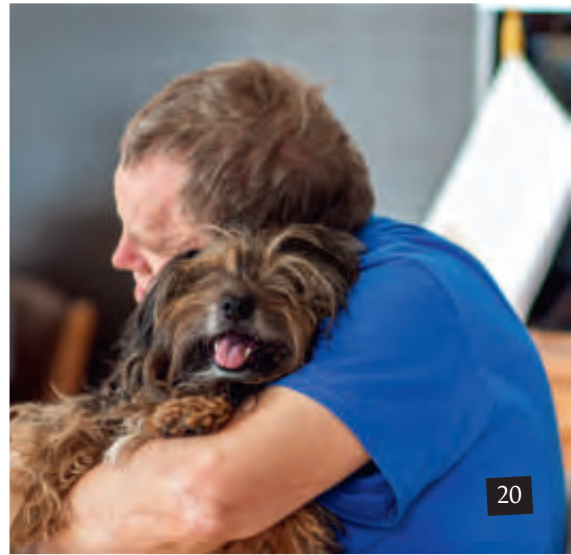
8



14



18



20



26

Inhalt

- 3** Editorial
Alfred Rohrhofer

- 6** Background, current state and future of therapeutic communities for addictions in Europe
Wouter Vanderplasschen, Stijn Vandevelde

- 8** Was ist eine Therapeutische Gemeinschaft?
Human-Friedrich Unterrainer

- 10** Leben in der Therapeutischen Gemeinschaft
Bärbel Fichtl

- 12** Wirkfaktoren der Therapeutischen Gemeinschaft bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen
Alexandra Kirschner

- 14** Die Rolle der Gemeinschaft bei den Anonymen Alkoholikern
Jürgen Hoss

- 16** Unser Betreuungsangebot

- 18** Die Rolle der familiären Unterstützung bei der Nutzung von Computerspielen
Markus Meschik

- 20** Tiergestützte Therapie
Edith Ober

- 22** Sucht und Bindung
Jürgen Fuchshuber

- 24** Spurensuche
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht

- 26** Emotion und Substanzabhängigkeit: Die Rolle der Anderen
Michaela Hiebler-Ragger

- 28** Kunst im Grünen Kreis
Kurt Neuhold

- 30** Deutscher Suchtkongress 2018
Human-Friedrich Unterrainer

Background, current state and future of therapeutic communities for addictions in Europe^[1]



von Wouter Vanderplasschen
und Stijn Vandevelde

The therapeutic community (TC) is one of the longest standing modalities for the treatment of drug addiction, dating back to Synanon, a community of ex-addicts in California.

The Synanon model quickly spread across the United States and gave rise to the first ‘concept’ TCs for drug addicts (e.g. Daytop Village, Phoenix House, Odyssey House) (Goethals et al., 2011). These drug-free, peer-led environments adopted Synanon’s hierarchical structure and therapeutic techniques and set a three-stage treatment model (detoxification/induction, treatment, reintegration). ‘Drug-free’ or ‘concept’ TCs, later called TCs for addictions (De Leon and Ziegenfuss, 1986), have been defined as «drug-free environments in which people with addictive problems live together in an organised and structured way to promote change towards a drug-free life in the outside society” (Broekaert et al., 1993, p. 55). Not all residential treatment programmes are TCs and not all TCs are organised and delivered in a residential setting (Broekaert et al., 1999). Moreover, not all programmes self-identified as TC programmes employ the same

theory, model or method.

The TC is essentially a living and learning setting, which means that residents are totally immersed in the treatment environment, so that all of their daily behaviour and their emotional and physical state can be observed and challenged as appropriate through intensive group experiences (Vanderplasschen et al., 2014). In addition, they are encouraged to experiment with alternative behaviours and corrective emotional experiences. Thus, the TC can be regarded as «a consciously-designed social environment and programme within a residential or day unit, in which the social and group process is harnessed with therapeutic intent” (Roberts, 1997, p. 4). Or like George De Leon, one of the main proponents of the international TC movement, asserts: «In the TC, the community is the primary therapeutic instrument.” (De Leon, 2000, p. 93). The concept of ‘community as method’ or the «purposive use of the peer community to facilitate social and psychological change in individuals” is central to the TC treatment practice (De Leon, 1997, p. 5). Residents, in collaboration with staff, become active participants in their own therapy and that of other residents (Glaser, 1981).

From the 1960s and 1970s onwards, TCs were developed in Europe, e.g., in the United Kingdom (Phoenix House), Italy (e.g. CeIS), Germany (e.g. Daytop Germany), Switzerland (e.g. Aebi Hus), and Belgium. Later, TCs were founded in Spain, Norway, Greece, Austria and some east European countries (e.g. Poland and the Czech Republic) after the fall of the Iron Curtain. Its development took place in a period characterised by increased availability of heroin and other illicit substances and lack of effective treatment responses. The heroin epidemic in the mid-1980s resulted in a rapid spread of infectious diseases, mainly HIV/AIDS, and a dramatic growth in the number of drug-related deaths. Around this time, TCs started to lose their dominant position in treating drug users as several countries, including the UK,

Netherlands and Switzerland, embraced the harm reduction approach for reducing the negative health and social consequences of drug use (Hedrich et al., 2008). TCs also faced other challenges, such as financial cutbacks as a result of the economic crisis, questions about high dropout and relapse rates and changing drug policies primarily aimed at reducing drug-related harm. Problems with charismatic leadership in TCs in some countries (e.g. ‘Le Patriarche’ (France), Vallmotorp (Sweden)) and the switch from self-funded, independent organisations to mainstream services that are funded and controlled by the government led to the closure of some TCs and their replacement with smaller communities run by professionals instead of ex-addicts (Vanderplasschen et al., 2014). Changing views on addiction as a chronic, relapsing disorder and increasing criticism on the benefits of lengthy treatment in closed residential settings by scientists, client advocates and service users have further challenged the development of TCs in several countries. Finally, the evidence-based paradigm that applies the randomised controlled trial (RCT) as ‘gold standard’ for evaluating interventions has questioned the efficacy of TCs, as TCs scored low in an (outdated) meta-analysis of case management (Smith et al., 2006) and in comparative ‘evidence-based’ rankings (Broekaert et al., 2010). Yet, several systematic reviews have demonstrated the effectiveness of TCs, in particular regarding substance use and criminal justice outcomes, mediated by length of stay in treatment (retention) and subsequent aftercare participation (De Leon, 2010; Vanderplasschen et al., 2013).

TCs in Europe today

Although essentially inspired by the US TCs, European TCs clearly have their own identity; there was strong opposition to the hard learning techniques such as wearing signs and shaving hair — the so-called haircuts — and the extremely

^[1] This contribution is based on Vanderplasschen, W., Vandevelde, S. & Broekaert, E. (2014). Therapeutic Communities for Addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges (EMCDDA Insights Series). Luxembourg: Publications Office of the European Union.

harsh confrontations in encounter groups (Goethals et al., 2011). The American behaviouristic approach was complemented by European educational theories, psychoanalytical thinking, social learning, involvement of trained professionals (instead of recovered ex-addicts serving as staff members) and more family-oriented approaches (Broekaert et al. 2006). TCs from various European countries collaborate in the European Federation of Therapeutic Communities (EFTC; <http://www.eftc-europe.com/>) and emphasize the importance of TC standards and quality control.

Over the last 50 years, TCs have evolved from the standard, long-term, generic treatment model to modified and shortened models (modified TCs) that are better tailored to the needs of specific groups of drug users, e.g. women with children, detainees and individuals suffering from other psychiatric disorders (Goethals et al., 2011). According to several sources the availability of TC programmes has decreased in several European countries, such as the Netherlands, Sweden, Switzerland and the United Kingdom (Broekaert and Vanderplasschen, 2003), mainly due to the relatively high cost of long-term treatment. However, there are also national and cultural factors at play, as different countries have shaped unique drug treatment provision landscapes and therefore given different degrees of prominence to TC treatment. In order to estimate the extent of TC treatment in Europe, the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) commissioned a study on current evidence and TC practices in Europe in 2012 (see Vanderplasschen et al., 2014). In total, we identified over 1 200 TC programmes throughout Europe; only in Turkey and Croatia the TC was not applied as a treatment method. Two-thirds of the identified programmes were reported from Italy (n = 798), with the Italian experts describing most of these programmes as small, family-type structures with a capacity of four to six residents, but adhering to international TC guidelines and standards. Outside Italy, we identified just over 400 facilities providing TC treatment. While the number of TC programmes is low in one in three countries (<5), it seems to be a well-established treatment modality in the south of Europe (e.g. Greece, Spain, Italy, Portugal) and in some East European countries (e.g. Lithuania, Hungary, Poland). Countries like Austria, Belgium

and the Czech Republic report around 10 TCs, or about 1 TC programme per one million inhabitants.

Key informants from these countries reported sustainability issues in terms of public funding for TCs, resulting in the shutdown of some TCs in Norway and the UK, reductions in treatment duration (e.g. Czech Republic, Spain, Finland) and the number of beds per unit (e.g. Latvia, Sweden). France is a clear exception in this sense, as TCs for addictions have recently been re-established. The capacity of TC programmes varies greatly, but is usually between 15 and 25 residents. The number of treatment slots per unit is clearly higher. In some countries (e.g. Cyprus, France, Poland, the United Kingdom). Overall, the number of places for drug addicts in TC programmes in Europe was estimated to be over 15 000 beds (Vanderplasschen et al., 2014).

The estimated number of TC residents per year in each country is indicative of the turnover and average treatment duration. In most countries, TC programmes last between 6 and 12 months and the number of residents (persons retained in the TC for at least one night) per year is twice the available capacity. In some countries, this rate is considerably higher (e.g. Poland, Finland), due to the high turnover and/or short length of (some) TC programmes. The low resident turnover in other countries (e.g. Austria, Belgium, Ireland) may be explained by high retention rates and adequate induction strategies to prepare drug addicts for TC treatment.

Future of the TC

The effectiveness of TCs has been and will be further questioned. Longitudinal studies and systematic reviews are needed to document the (cost-)effectiveness of these long-term interventions (Vanderplasschen et al., 2013). The future of TCs is likely to depend on how well these programmes continue to target areas where they can make the most impact and achieve the most good at adequate costs. This means continuing the implementation of modified TC programmes for particularly vulnerable populations, such as homeless persons or those with co-existing disorders, as well as establishing TCs in prison settings. While positive outcomes from prison-based TCs have been reported in the US literature, these findings may not be directly translated into the European context.

Despite the strained relation between abstinence-oriented and harm reduction programmes previously, today TCs, psychiatric services, substitution and harm reduction initiatives are increasingly becoming better attuned to each other. In fact, they serve the same clients and methadone maintained persons can access residential TC treatment. While maintenance treatment has proven its effectiveness with respect to health conditions, quality of life and use of illicit drugs, TCs can look to the long-term perspectives of reintegration, social inclusion and abstinence.

The TC movement has become reconciled to approaches that advocate the introduction of shorter programmes and outreach and community-based interventions. For example, the length of the residential treatment phase has been reduced in most countries to around 9 to 12 months or less. A growing emphasis on expenditure containment is likely to contribute to further reductions in the planned duration of TC treatment, as well as a number of other possible changes to the TC model and the way it is practised. This includes an emphasis on the role of volunteers and self-help elements at the expense of 'professional' staff members. The ways in which the quantity and, more importantly, the quality of the TC intervention are negotiated will determine its future role in addiction treatment.

Governmental control and adherence to standards such as the standards and ethics code formulated by the World Federation of TCs (WFTC) provide a general framework for TC professionals. For accreditation purposes and continued quality control, however, more detailed standards are necessary and the set of 'Service Standards for Addiction Therapeutic Communities' developed by the Community of Communities (CofC, 2012a, b) is an encouraging example. Although quality control in TCs in most countries is limited to staffing issues, TCs themselves appear to be open to more in-depth and comprehensive assessment and accreditation of their services.

In conclusion, TC programmes for the rehabilitation of drug users are established in many European countries and play an important role as part of national addiction treatment systems. There is some evidence for the effectiveness of TCs in terms of reduced substance use and criminal activity, at least

Was ist eine Therapeutische Gemeinschaft?

Konzeptuelle Grundlagen und empirische Ergebnisse



von Human-Friedrich Unterrainer

Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit

Der Mensch als bio-psycho-soziales Wesen blickt lebensgeschichtlich auf eine Abfolge von körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklungsaufgaben aus größter Abhängigkeit hin zur persönlichen Autonomie zurück. Er ist dabei eingebunden in den sozialen Kontext mit den damit verbundenen Möglichkeiten und Risiken (Erikson, 1984). Das bio-psycho-soziale Modell (BPSM) von Gesundheit und Krankheit wurde erstmals von Engel (1977; 1980) postuliert, wobei er sich hier klar gegen die damals vorherrschende bio-medizinische Sichtweise ausspricht und eine ganzheitlich ausgerichtete Perspektive fordert, welche einem holistischen Menschenbild entspricht (vgl. dazu auch Egger, 2000; 2005). So geht das BPSM davon aus, dass bei einer Erkrankung neben biologischen immer auch psychosoziale Aspekte zum Tragen kommen – diese finden in gleichem Ausmaß Beachtung. Jedes menschliche Individuum erlebt seine Erkrankung subjektiv. Dementsprechend kann

der somatische Befund das individuelle Befinden nie zur Gänze beschreiben und erklären. Des Weiteren werden im BPSM psychosoziale Aspekte nicht einfach hinzugefügt (Additionsmodell), sondern in ein ganzheitlicheres Modell aufgenommen (Integrationsmodell). In diesem Sinne soll auch der Forderung nach einem Übergang von einer krankheitszentrierten hin zu einer patientInnenzentrierten Medizin nachgekommen werden. Das BPSM darf in der Zwischenzeit zumindest in der Theorie als etabliert gelten. Allerdings legen Publikationen jüngerer Datums die mögliche Erweiterung des BPSM durch verschiedene weitere Dimensionen nahe: So könnte durch die Berücksichtigung einer spirituellen Komponente auch spezifisch auf transkulturelle Aspekte krankheits- und/oder gesundheitsbezogener Interventionen eingegangen werden (Egger, 2013; Unterrainer, 2017) bzw. findet sich auch die Forderung nach der expliziten Nennung einer eigenen Dimension der materiellen Ressourcen (Kames, 1992).

Theoretische Grundlagen zur Therapeutischen Gemeinschaft

Die Therapeutische Gemeinschaft (TG) versteht sich in ihren Grundkonzepten als therapeutisches Feld, in welchem alle im Krankenhaus wirksamen und heilsamen Kräfte genutzt werden. Allerdings begreift sie sich gleichzeitig auch als Alternative zum regulären Krankenhausbetrieb. Dementsprechend werden die Grenzen zwischen TherapeutInnen und PatientInnen bzw. KlientInnen aufgeweicht, und es kommt zu einem Miteinander in der Gemeinschaft, in welcher von jedem Mitglied erwartet wird, sich mit seinen jeweiligen Möglichkeiten konstruktiv einzubringen, um zum Wohle der Gemeinschaft beizutragen. Die professionelle therapeutische Hilfestellung besteht dabei vor allem im Aufzeigen von Möglichkeiten zur Selbsthilfe. Dementsprechend »therapieren« sich die KlientInnen unter Anleitung

von Fachkräften gegenseitig. Weltweit finden sich TG zur Behandlung von allen psychischen Erkrankungen bzw. gibt es Spezialformen zum Beispiel für Kinder und Jugendliche, und es existieren auch eigene TG-Behandlungseinheiten im Rahmen des Strafvollzugs (vgl. dazu De Leon, 2000; Petzold, 1974; Yablonsky, 1990).

Obgleich Süchte die Menschheit seit Anbeginn begleiten, ist der Begriff der Therapeutischen Gemeinschaft ein recht junger. Erstmals traten TG im eigentlichen Sinne in Großbritannien während der 1940er-Jahre auf. Dabei entstanden TG in psychiatrischen Kliniken etwa 15 Jahre vor der Entwicklung der TG für Suchterkrankungen – dies kann als revolutionärer Schritt in der psychiatrischen Behandlung gewertet werden (De Leon, 2000 bzw. auch Jones, 1956). Die Entwicklung der TG speziell für Suchterkrankungen begann in den USA. In Nordamerika gründete Charles Dederich als ehemaliger Alkoholabhängiger und Mitglied der »Anonymen Alkoholiker« im Jahr 1958 erste Selbsthilfegruppen für Drogensüchtige und erschuf eine Gemeinschaft namens »Synanon« (Janzen, 2001). Angeregt wurde er hierbei unter anderem von den Werken des Schriftstellers und Philosophen R. W. Emerson und einer religiösen Organisation namens »The Oxford-Group« (Die Oxford-Gruppe), gegründet von Frank Buchman, die sich als moralischer Gegenpol zur internationalen Kriegsausrüstung verstand. Auch beeinflussten ihn die »Anonymen Alkoholiker« (AA) und ihre »Zwölf Schritte«-Methode zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Es entwickelten sich sogenannte »Synanon«-Häuser und »Synanon«-Dörfer, in welchen sich abstinent lebende Suchtkranke durch gemeinsames Leben und Arbeiten an Werten wie Ehrlichkeit und Aufrichtigkeit (Authentizität) orientierten. Im Unterschied zum »Zwölf Schritte«-Programm der AA bestand die therapeutische Grundidee von »Synanon« allerdings nicht in der Hinwendung

zu einer spirituellen Dimension (höhere Macht), sondern in der Entwicklung eines stabilen Selbstwerts (Petzold, 1974). Die Idee der heilenden Kraft der Gemeinschaft findet sich aber sowohl in Grundkonzepten der TG als auch der AA verankert (vgl. dazu Vanderplasschen et al., 2014; Yablonsky, 1990). Nach dem Niedergang von »Synanon« Anfang der 1990er-Jahre finden sich bis heute Ableger in den USA wie auch in Europa.

Empirische Ergebnisse zur Effektivität der Therapeutischen Gemeinschaft

Es finden sich in der Literatur einige randomisiert-kontrollierte Studien, welche die Effizienz der Behandlung in den TG dokumentieren. Eine Überblicksarbeit dazu wurde von Vanderplasschen et al. (2013) publiziert. Hier konnten insgesamt 16 Evaluationsstudien betrachtet werden. Es zeigten sich in zwei von drei Studien deutlich verbesserte Ergebnisse hinsichtlich eines verminderten Substanzkonsums bzw. auch delinquenten Verhaltens für die Behandlung in der TG. Fünf weitere Studien berichteten ein höheres Ausmaß an Werkätigkeit bzw. ein verbessertes psychologisches Wohlbefinden nach dem Aufenthalt in der TG. Die Länge des Aufenthalts und die Teilnahme an Nachbetreuungsprogrammen ergaben sich als hoch positive Korrelate des Behandlungserfolgs. Die AutorInnen verweisen abschließend auf ein deutlich verbessertes Behandlungsergebnis für den TG-Ansatz hinsichtlich zahlreicher Parameter. In einer weiteren Überblicksarbeit von Malivert et al. (2012) zeigte sich, dass vor allem die reguläre Beendigung der Behandlung als stärkster Prädiktor für eine anhaltende Abstinenz gelten durfte. Das Auftreten einer oder mehrerer zusätzlicher psychiatrischer Erkrankungen (Komorbidität) spielte in dieser Studie keine signifikante Rolle – hier finden sich in der Literatur aber durchaus widersprüchliche Ergebnisse (Levin et al., 2004). Allerdings berichten Magor-Blatch et al. (2014) wiederum positive Resultate: So wird der TG-Ansatz als therapeutische Intervention im Allgemeinen als effektiv ausgewiesen. Auch detaillierter betrachtet, findet man die Resultate der anderen Übersichtsarbeiten bestätigt: So zeigte sich nach erfolgreicher Behandlung ein reduzierter Substanzgebrauch bzw. eine verminderte Delinquenz, auch berichteten die befragten Personen über eine verbesserte psychische Gesundheit und zeigten ein höheres soziales Engagement.

Zusammenfassende Darstellung und Wertung

Das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft (TG) begründet sich unter anderem auf der Idee einer individuellen Nachreifung der Persönlichkeit im geschützten Rahmen. Damit soll, vermittelt durch alternative Beziehungserfahrungen, ein Überwachen der Drogenabhängigkeit ermöglicht werden. Der Abbau von Beziehungsängsten steht dabei im Vordergrund – ein In-Kontakt-Treten mit dem Gegenüber im »Hier und Jetzt« kann dadurch passieren. Die Förderung des Wachstumsprozesses des Individuums in der Gemeinschaft gilt dabei als ein zentrales Anliegen und stellt gleichzeitig auch die größte Herausforderung dar. Somit ist die TG ein auf den Menschen in seiner Gesamtheit (holistisches Menschenbild) fokussierendes Behandlungsverfahren, wobei Personen mit einer vergleichbaren Erkrankung über einen längeren Zeitraum zusammenleben (De Leon, 2000 bzw. auch Jones, 1956). Die Ergebnisse bisheriger randomisiert-kontrollierter Studien weisen die TG als evidenzbasiertes Behandlungsverfahren aus (vgl. dazu Kirschner, 2018). Allerdings ist die einschlägige Forschung zur TG nach wie vor etwas spärlich gesät. Damit ist mit Nachdruck auf die Notwendigkeit von Evaluationsstudien für zukünftige Forschungsvorhaben zu verweisen.

Anmerkung: Dieser Beitrag wurde auf der Basis von: Unterrainer, H. F. (2018). Die Behandlung von Suchterkrankungen im Verein Grüner Kreis: Therapeutisches Basiskonzept. Unveröffentlichtes Manuskript zusammengestellt.

Literatur

De Leon, G. (2000). The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method. New York: Springer.

Egger, J. (2000). Die evolutionäre Erkenntnistheorie und der biopsychosoziale Krankheitsbegriff in der Medizin. In: W. Pieringer & F. Ebner (Hrsg.), Zur Philosophie der Medizin (S. 173–189). Wien: Springer.

Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologische Medizin, 16(2), 3–12.

Egger, J. W. (2013). Zur spirituellen Dimension des biopsychosozialen Modells. Psychologische Medizin, 24(2), 39–46.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129–136.

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry, 137, 535–544.

Erikson, E. H. (1984). Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart: Klett.

Janzen, R. (2001). The Rise and Fall of Synanon. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Jones, M. (1956). The concept of a therapeutic community. American Journal of Psychiatry, 112(8), 647–650.

Kames, H. (1992). Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI). Integrative Therapie, 4(92), 363–386.

Kirschner, A. (2018). Wirkfaktoren der Therapeutischen Gemeinschaft bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen: Ein systematischer Überblick. Medizinische Universität Graz, Diplomarbeit.

Levin, F. R., Evans, S. M., Vosburg, S. K., Horton, T., Brooks, D., Ng, J. (2004). Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in a therapeutic community. Addictive Behaviors, 29, 1875–1882.

Magor-Blatch, L., Bhullar, N., Thomson, B., Thorsteinsson, E. (2014). A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities, 35(4), 168–184.

Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E., Auriacombe, M. (2012). Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. European Addiction Research, 18(1), 1–11.

Petzold, H. (Hrsg.) (1974). Drogentherapie: Modelle, Methoden, Erfahrungen. Paderborn: Junfermann.

Unterrainer, H. F. (2017). Sucht als Bindungsstörung: Eine bio-psycho-sozio-spirituelle Perspektive. Spiritual Care, 6(1), 99–102.

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., Vandeveld, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. The Scientific World Journal (E-Publication).

Vanderplasschen, W., Vandeveld, S., Broekaert, E. (2014). Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Yablonsky, L. (1990). Die Therapeutische Gemeinschaft. Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit. Weinheim: Beltz.

PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Privatdozent an der Karl-Franzens-Universität bzw. Medizinischen Universität Graz;
Lektor an der Universität Wien;
Leitung des Center for Integrative Addiction Research (CIAR) im Verein Grüner Kreis

Leben in der Therapeutischen Gemeinschaft birgt heilsame Begegnung für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen



von Bärbel Fichtl

»Gewahrwerden, Wille zur Veränderung, Übung, das Zulassen von Angst und neuen Erfahrungen sind vonnöten, wenn die Verwandlung des Individuums gelingen soll.«
(Erich Fromm)

Wenn man sich über Gemeinschaft Gedanken machen möchte, kommt man wohl nicht umhin, sich auch über das Gefühl des Getrenntseins, der Isolation und Einsamkeit Gedanken zu machen.

Findet der suchtkranke Mensch in Behandlung, dann befindet er sich oft in diesem Kreislauf von Getrenntsein und Rückzug. Er lebt eine Art Selbstkult und tanzt einen monotonen Tanz um das eigene goldene Ich. Es sind Alkohol, Drogen, süchtige Verhaltensweisen, unverrückbare Einstellungen und dysfunktionale Beziehungsmuster, die einen zentralen Platz in seinem Leben eingenommen haben. Neben all diesen Fetischen bleibt wenig Platz für echte Begegnung, freie Entscheidungen und persönliche Entwicklung.

Angekommen in der Therapeutischen Gemeinschaft, kann nun endlich »Kontakterleben« in geschützter Atmosphäre stattfinden. Die Erfahrung von Halt und Sicherheit durch andere bildet die Basis für ein »Sicheinlassen« und führt langsam zu Veränderung der Beziehungsschemata. Die Schleusen zur

Realität können geöffnet, alte Muster und Ängste können aufgelöst werden. Anderen den Vortritt zu lassen und darauf verzichten zu können, nicht im Mittelpunkt zu stehen, Leidenschaften zuzulassen, ohne von ihnen beherrscht zu werden, sind erste Erfolge eines Lebenskonzepts, das nicht immer nur um sich selbst kreist.

Fehlende Beziehungskompetenz und mangelhafte Selbstfürsorge halten im Suchtkreislauf fest und verstärken ihn weiter

Mittlerweile zeigen zahlreiche Untersuchungen, dass Abhängigkeitserkrankungen aus einer tiefgreifenden frühen Bindungsstörung resultieren. Diese frühe Bindungsstörung führt zu Komplikationen in der Emotionsregulation. Natürliche »Glückshormone«, die durch befriedigende Beziehungen hervorgerufen werden, fehlen dem Süchtigen. Diese dringend benötigten Grundgefühle wie Ruhe, Geborgenheit und Sicherheit versucht er deshalb durch psychoaktive Substanzen oder süchtige Verhaltensweisen zu erzeugen.

Trennungsangst und Bindungsangst – zwei Seiten einer Medaille

Leidet ein Mensch unter einer Persönlichkeitsstörung, dann ist damit auch eine Störung in der Interaktion mit anderen gemeint. Der betroffene Mensch zeigt ungünstige Überzeugungen (Schemata) in Hinblick auf das Eingehen von Beziehungen und benötigt dramatisches oder manipulatives Verhalten, um die Interaktionspartner auf sich aufmerksam zu machen.

Das mangelhafte Vertrauen in die wohlthuende Sicherheit von menschlichen Bindungen führt regelrecht zur Bindungsangst, die dem Einzelnen oft wenig bewusst ist. Die Gründe für Beziehungsabbrüche werden daher häufig beim anderen gesucht.

In Wahrheit sind sowohl bindungsängstliche wie trennungsängstliche Menschen nicht in der Lage, vertrauensvolle und wohlthuende Beziehungen zu leben, und können daher durch andere Menschen keine Stabilität erfahren.

Wenn sie Partnerschaften oder Freundschaften eingehen, kommt es kurzfristig zu intensiven, aber unzureichenden Bindungen mit hohem Suchtpotenzial. So als würden sich zwei Ertrinkende aneinanderklammern. Durch das intensive und stark idealisierende Gefühlsangebot wird eine Beziehungsbereitschaft suggeriert, die keinen realistischen Boden hat und deshalb nicht halten kann. Diese Beziehungsmuster gelten als dysfunktional, weil sie nie zu einer sicheren Bindung führen.

Die hohe Geschwindigkeit, mit der Beziehungen eingegangen werden, kaschiert oft die dahinterliegende Beziehungsuntauglichkeit. Emotionale Verfügbarkeit und dauerhafte Loyalität spielen dabei keine oder nur eine untergeordnete Rolle. Der Beziehungssüchtige versucht, vermeintliche Aufmerksamkeit, Freundschaft und Liebe von außen zu bekommen, um seinen Selbstwertmangel und sein Leeregefühl aufzubessern.

Da aber gesunde und verlässliche Beziehungen nie aus einem Mangel heraus entstehen können, sondern immer von Gegenseitigkeit, Wertschätzung und der Fähigkeit zur Selbstliebe getragen werden, kommen Menschen mit dysfunktionalen Mustern nie zum Ziel.

Süchtiges Beziehungsverhalten

Wenn ein Mensch zu süchtigen Verhaltensweisen neigt, fällt es ihm oft schwer, »normale« Kontaktangebote anzunehmen. Sie enthalten für ihn keinen Mehrwert im eigentlichen Sinn. Erst wenn ihn Menschen besonders reizen, ihn bewundern oder in irgendeiner Art nützlich sind, will er sich auf sie einlassen.

Aus Angst gebe ich mich dem anderen nicht zu erkennen

Einerseits ist der Wunsch nach Gemeinschaft, Zugehörigkeit, Verbundenheit und Anerkennung eine tiefe Sehnsucht, die in jedem Menschen existiert und die auch nur in Verbindung mit anderen gelebt werden kann. Gleichzeitig besteht eine große Angst vor Enttäuschung oder Ablehnung, die vor allem diejenigen, die

schlechte Erfahrungen gemacht haben, immer mehr in die Isolation und Hoffnungslosigkeit treibt. Findet diese Angst keine Auflösung, dann bleibt die seelische Wunde und vertieft sich möglicherweise noch. Doch in dem gleichen Grad, wie Menschen einander verletzen können, können sie durch echte Begegnung auch wieder Heilung möglich machen.

Wenn der suchtkranke Mensch nun während eines Therapieaufenthalts mit anderen Menschen in Kontakt treten soll, kann dies mit dieser Angst und Unsicherheit verbunden sein. Werde ich akzeptiert? Werde ich verstanden? Kann ich mich den anderen bedenkenlos zeigen? Werden sie mich respektieren? Oder werden sie merken, wie schwach und unfähig ich bin? In Beziehung treten mit anderen kann die ursprüngliche Beziehungsmatrix aktivieren und heftige furchteinflößende Gefühle auslösen.

Sichere Bindung ist erlernbar. Denk- und Verhaltensmuster erkennen und verändern

Der Begriff des »Containings« wurde vom britischen Psychoanalytiker Wilfred Bion geprägt und dient der Ich-Stärkung.

Wenn Psychotherapeuten die Projektionen ihrer Patienten aufnehmen, ohne die eigenen Anteile auszuagieren, ist dies der erste Schritt im Rahmen eines guten Containments. Im weiteren Vorgehen werden die unverarbeiteten und unreifen Gefühle des Klienten (Beta-Elemente) vom Therapeuten zu Alpha-Elementen verarbeitet und dem Klienten gedanklich zur Verfügung gestellt. Gleich einer Mutter, die auf den Kummer ihres Kleinkindes reagiert, indem sie diesen verringert und annehmbarer macht. In guten Beziehungen erleben wir manchmal, dass wir nach einem Gespräch etwas in Worte fassen können, was wir vorher nicht konnten. Der andere hat uns dabei geholfen, unsere Gefühle zu sortieren. Was vorher nur konfus gefühlt werden konnte, kann nun auch geordnet gedacht werden.

Oft werden Menschen, die an Persönlichkeitsstörungen leiden, von übermächtigen Gefühlen geradezu überwältigt und sind ihnen hilflos ausgeliefert. Durch die Anwesenheit eines vertrauensvollen und starken Gegenübers können die noch unverarbeiteten Hapten der Psyche in kleine mundgerechte Stücke zerteilt werden. Die integrativen Möglichkeiten einer Therapeutischen Gemeinschaft kann viele dieser

heftigen Gefühle mildern, wie z. B. die Angst vor Einsamkeit, vor dem Ausgeschlossenheit oder vor Entwertung.

Beziehung in Gemeinschaft lernen

»Alles Leben vollzieht sich in Beziehungen. Die Begegnung zum Du ist unmittelbar.« (Martin Buber)

Mensch zu werden ist ein einzigartiger Prozess, und er geschieht nur, wenn die Verkapselung durchbrochen wird. Und dafür braucht es wiederum ein Gegenüber.

Martin Buber hat diese Momente der heilsamen Begegnung die Ich-Du-Momente genannt. Momente der Begegnung, in denen wir in unserem Wesen angesprochen und gemeint sind. Diesen »existenziellen Augenblick«, wie ihn der amerikanische Psychotherapeut Bergantino nennt. Es sind lebensstiftende Momente, die echtes Leben und nicht einfach nur Überleben bedeuten. Es findet eine Begegnung von Wesen zu Wesen, eine zeitweise Überwindung der Rollen, eine heilende emotionale Berührtheit statt. Häufig sind diese Augenblicke mit Tränen verbunden und sie führen mitten hinein in das Zentrum unserer Seele. In jenen existenziellen Augenblicken fühlt derjenige auch die spirituelle Dimension einer Begegnung. Sie gleicht dem Erleben eines Naturphänomens – dem Stehen auf dem Gipfel eines Berges, dem Fühlen des sanften Windes auf der Haut oder dem Rauschen eines Wasserfalls. Es kommt zur Aufhebung des Getrenntseins von der Welt und zum Empfinden von Verbundenheit, Dazu gehören und Heilung.

In einer Gemeinschaft Verantwortung zu übernehmen bedeutet, Bewusstheit zu entwickeln für das, was ich mit meinem Handeln eigentlich bewirke.

»Sei du selbst die Veränderung, die du dir wünschst für diese Welt!« (Mahatma Gandhi)

Identität braucht ein Gegenüber

Gemeinschaft ist eine Herzenerfahrung und Beziehungsfähigkeit der Schlüssel zu einem glücklichen und zufriedenen Leben. Selbstfindung, Autonomie und Selbstfürsorge kann nur im Zusammenleben und in der Öffnung hin zu anderen passieren. Nur der dialogische Mensch ist beziehungsfähig und nicht derjenige, der aus Angst vor Nähe jede Intimität meidet.

Identitätsentwicklung ist ohne soziale Umgebung nicht denkbar.

Das Ich schafft sich nicht aus dem Nichts. Menschliches Dasein vollzieht sich in seiner Verwirklichung als ein Miteinander. Bewusstsein und auch Selbstbewusstsein sind von ihrer Entstehung her bestimmt als ein Beziehungsgeflecht zwischen Mensch und Mensch. Autonome Selbstgestaltung und Selbstsorge sind nicht mit Sorglosigkeit den anderen Menschen gegenüber zu verwechseln. Wir sind nicht getrennt von all den Beziehungsnetzen, in die hinein wir verwoben sind und aus denen heraus wir leben.

Therapeutische Gemeinschaft bedeutet also die Schaffung einer therapeutischen Kultur, die das mitfühlende Verständnis für die Hindernisse des Einzelnen beinhaltet. Sie ist nicht nur eine therapeutische Interaktion unter vier Augen, ein therapeutisches Gespräch, sondern eine therapeutische Haltung. Diese therapeutische Haltung verzeiht, integriert und lädt zum Experimentieren ein. Nichts muss sofort gelingen, nichts muss perfekt sein. Die alten Muster dürfen wiederholt werden, um danach einen reflektierenden Blick darauf zu werfen.

Die Therapeutische Gemeinschaft beinhaltet therapeutisches Denken im größeren Stil. Alle sind davon betroffen – sowohl die Hilfesuchenden wie auch die Fachleute, die eigentlichen Experten. Auch sie müssen sich immer wieder selbst erfinden und in ständiger Bewegung bleiben, denn Gemeinschaft bedeutet Veränderung, Wachsen und Lernen von und mit anderen.

Literatur

Buber M. (2017): Alles wirkliche Leben ist Begegnung. München u. a.: Verlag Neue Stadt.

Fromm E. (1976): Haben oder Sein. Die seelischen Grundlagen einer neuen Gesellschaft. Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt

Vanier J. (1992): From brokenness to community. Wit Lectures. New York: Paulist Press

Dr.ⁱⁿ Bärbel Fichtl

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Ärztin für Allgemeinmedizin, Integrative Gestalttherapeutin (ÖAGG).

Langjährige Erfahrung in der ambulanten und stationären Betreuung psychiatrischer Patienten. Lehrtätigkeit auf dem Fachgebiet Psychiatrie und Gerontopsychiatrie.

Supervision und Coaching für Krankenhäuser und psychosoziale Einrichtungen.

Eingetragene Psychotherapeutin mit langjähriger Erfahrung in der eigenen psychotherapeutischen Praxis.

Wirkfaktoren der Therapeutischen Gemeinschaft bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen



von Alexandra Kirschner

Durch eine gesamtheitliche Behandlungsweise hat sich die Therapeutische Gemeinschaft (TG) in den letzten Jahrzehnten in ein Therapiemodell gewandelt, welches als vielversprechende Alternative zur medikamentösen Suchttherapie gesehen werden kann.¹

Die TG ist ein sich auf den Menschen in seiner Gesamtheit fokussierendes Behandlungsverfahren, demzufolge Personen mit einer vergleichbaren Erkrankung über einen längeren Zeitraum zusammenleben.² Die TG für Abhängigkeitserkrankungen ist eine Therapieform, welche sich nicht nur auf die Genesung hinsichtlich einer Substanzabstinenz beschränkt, sondern eine Änderung der Lebensweise anstrebt. Die Gemeinschaft hat das Ziel, durch unterstützende Interventionen verschiedener Berufsgruppen eine kognitive Veränderung der Betroffenen herbeizuführen. Die Mitglieder werden ermutigt, ihr persönliches Handeln zu reflektieren, um so ihr soziales Verhalten zu stärken und einen gesellschaftsfähigen Lebensstil zu erlangen.³

George De Leon, ein international anerkannter Experte hinsichtlich der Behandlung von Suchterkrankungen und geachteter Spezialist auf dem Gebiet der TG, ist der Ansicht, dass die TG ihre Suchtbehandlung auf der Annahme aufbaut, dass die Sucht keine Erkrankung im eigentlichen Sinne ist, sondern eine Störung des Menschen in seiner Gesamtheit. Die Therapie fokussiert sich deshalb nicht auf den Drogenkonsum per se, sondern bezieht sich immer auf die betroffene Person.^{1,2} Die Behandlungsmethoden der TG richten sich danach, dass jeder Mensch therapeutische Fähigkeiten aufweist, durch welche er sein Leben in eine positive Richtung lenken kann.^{1,2,4} Betroffene erfahren durch die Gemeinschaft keine Heilung ihrer Störung, sondern erhalten eine Schulung zur Neugestaltung ihres Lebens. Die für ein gesellschaftsfähiges Leben als notwendig erachteten Werte, nach welchen die Bewohnerinnen und Bewohner der TG streben sollen, sind unter anderem Ehrlichkeit, Verantwortungsbewusstsein und Arbeitsmoral.^{1,2}

Um ein besseres Verständnis für das Konzept der TG zu erlangen, ist es bedeutsam, die Hauptmerkmale der Gemeinschaft, beschrieben von Vanderplassen

et al., zu kennen.¹ Zu den zentralen Elementen der TG zählen die Selbsthilfe, die Hierarchie, die Gemeinschaft als Therapiemethode und die Konfrontation. Selbsthilfe bedeutet, dass die Betroffenen die zentralen Figuren in ihrer Behandlung sind und andere Mitglieder lediglich als Unterstützung fungieren.¹ Die TG ist hierarchisch aufgebaut.⁵ Die alltäglichen Aktivitäten finden in einer strukturierten Weise statt, in welcher die Bewohnerinnen und Bewohner als Vorbilder für andere Mitglieder dienen. Wie bereits erwähnt, spielt die Gemeinschaft eine signifikante Rolle in der Behandlung von Suchterkrankungen. Das Zusammenleben und die Förderung der Zusammengehörigkeit werden als wesentliche Faktoren für die positive Veränderung der Persönlichkeit und für soziales Lernen angesehen. Im Rahmen von Gruppentreffen und Seminaren werden Konfrontationen zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern gefördert. Die Mitglieder der Gemeinschaft geben sich gegenseitig Feedback. Sie teilen sich Beobachtungen und ihre eigenen Empfindungen in Bezug auf Verhaltensweisen und Einstellungen anderer Mitglieder, welche nicht den Gemeinschaftsregeln und dem Wertesystem der TG entsprechen, mit.¹

Die Aufenthaltsdauer in einer TG beträgt meist 12 bis 18 Monate. Angepasst an die Bedürfnisse und Lebensumstände der Betroffenen sowie an sozioökonomische Anforderungen werden im Rahmen von modifizierten TG auch kürzere Aufenthalte von drei oder sechs Monaten sowie auch Tageseinrichtungen, welche sich an dem Konzept der TG orientieren, angeboten.² Das Therapieprogramm der TG besteht in der Regel aus drei Stufen, zu welchen die Induktionsphase (1. - 60. Tag), die Phase der eigentlichen Behandlung (2. - 12. Monat) und die Phase der Wiedereingliederung in die Gesellschaft (13. - 24. Monat) zählen. Die Bewohnerinnen und Bewohner der Gemeinschaft erlangen durch Absolvieren der einzelnen Phasen Verantwortung und Privilegien. Einen großen Stellenwert im

Behandlungsprozess nimmt die Arbeit ein. Tätigkeit soll zu einem persönlichen Wachstum der Bewohnerinnen und Bewohner führen, wobei dem Arbeitsprozess größere Bedeutung beigemessen wird als dem Ergebnis selbst. Sowohl die Betroffenen als auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der TG sind an einen strikt strukturierten Tagesablauf gebunden und werden angehalten, Sitzungen, Gemeinschaftstreffen und gemeinsamen Mahlzeiten beizuwohnen. Diese Maßnahmen sollen das Gemeinschaftsgefühl und den Zusammenhalt in der Gruppe stärken.^{1,2}

Ein bedeutsamer Therapiebestandteil der TG sind die Begegnungsgruppen. Die einzelnen Gruppen weisen eine Größe von acht bis zehn Personen auf, sind nicht hierarchisch aufgebaut und finden dreimal die Woche für etwa zwei Stunden statt. Begegnungsgruppen dienen dazu, Mitglieder anzuhalten, sich gegenseitig hinsichtlich ihres negativen Verhaltens oder ihrer Einstellungen zu konfrontieren.¹ Unter einem Gemeinschaftstreffen versteht man eine Diskussionsgruppe, an der alle Mitglieder sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gemeinschaft beteiligt sind. Ziel ist es, den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das Gefühl zu vermitteln, sich frei ausdrücken zu können. Anders als bei herkömmlichen therapeutischen Gruppen, in welchen nur die Betroffenen ihre Gefühle verbalisieren, ist es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in einer Gemeinschaftssitzung möglich, ihre eigenen, auf die Gemeinschaft bezogenen Ängste zu offenbaren.⁶

Um den veränderten Anforderungen in der Suchtbehandlung gerecht zu werden, wurden traditionelle Programme der TG in den letzten Jahren modifiziert. Es kam zur Anpassung an die Bedürfnisse spezieller Subgruppen wie Frauen, Jugendliche, Menschen mit psychischen Komorbiditäten sowie Kriminelle. Um eine optimale Therapie zu gewährleisten, beschäftigen einige Gemeinschaften eine größere Zahl von speziell ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und weisen einen weniger auf Konfrontation fokussierten Behandlungsstil auf. Des Weiteren bieten modifizierte Einrichtungen den Bewohnerinnen und Bewohnern mehr Handlungsfreiraum und eine vermehrt auf das Individuum bezogene Therapie. Obgleich die TG als Langzeitbehandlung entwickelt worden ist, bieten viele Gemeinschaften zeitlich verkürzte

und ambulante Therapieprogramme an.⁷ Bei der Behandlung von Jugendlichen spielt, wie bei Erwachsenen, die Gemeinschaft eine zentrale Rolle in der Genesung. Für junge Menschen hat die Gemeinschaft meist eine noch größere Bedeutung als für Erwachsene, da sie häufig die Rolle der Familie übernimmt.⁸ Um den speziellen Bedürfnissen von jugendlichen Suchterkrankten gerecht zu werden, wurde das Therapiekonzept der traditionellen TG modifiziert. Die Veränderungen im Behandlungsansatz beinhalten eine kürzere Dauer des Aufenthalts und eine Zunahme der Familienbeteiligung im Therapieprozess.⁹

Um substanzabhängige Frauen adäquat therapieren zu können, bieten modifizierte, nur Frauen behandelnde oder gemischtgeschlechtliche TG erweiterte Dienstleistungen an.¹⁰ Um Frauen, welche schwanger oder bereits Mütter sind, zu unterstützen, entstanden Gemeinschaften, in welchen Kinder in die Behandlung miteinbezogen werden. Als Ziele der Integration von Kindern in die Suchttherapie können die Entwicklung von Problemlösungskompetenzen, eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Mutter und Kind und das Erlernen der Interaktion auf emotionaler Ebene angesehen werden.^{11,12}

Betrachtet man systematische Übersichtsarbeiten, welche sich mit dem Therapieerfolg der TG im Vergleich zu anderen Therapieverfahren beschäftigen, so zeigt sich, dass Betroffene, welche im Rahmen einer TG behandelt worden waren, größere Therapieerfolge erzielen konnten als Suchterkrankte, bei welchen andere Behandlungsmethoden zur Anwendung gekommen waren. Unter anderem kam es seltener zu neuem Drogenkonsum oder zum Auftreten von Strafdelikten in den Verlaufskontrollen. Weiters konnte gezeigt werden, dass Betroffene, welche in einer TG behandelt worden waren, nach Therapieende signifikant häufiger in einem Beschäftigungsverhältnis standen als Suchterkrankte, welche mittels anderer Behandlungsansätze therapiert worden waren.¹

Literatur

¹ **Vanderplasschen W, Vandeveld S, Broekaert E.** Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.

² **De Leon G.** The therapeutic community: theory,

model and method. New York: Springer Publishing Company; 2000.

³ **National institute on drug abuse.** Therapeutic communities: what is a therapeutic community's approach [Internet]. Bethesda, MD: national institute on drug abuse; undated [updated 2015 July; cited 2017 January 4th]. Available at: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-therapeutic-communities-approach>.

⁴ **Vormann G. Therapeutische Gemeinschaft.** In: **Fengler J,** (ed.). Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung, Therapie, Prävention. Landsberg/Lech: Ecomed; 2002. p. 555–61.

⁵ **Veale D, Gilbert P, Wheatley J, Naismith I. A** new therapeutic community: development of a compassion-focussed and contextual behavioural environment. *Clin Psychol Psychother.* 2015 Jul-Aug;22(4):285–303.

⁶ **Jones M.** The concept of a therapeutic community. *Am J Psychiatry.* 1956 Feb; 112(8):647–50.

⁷ **Dye MH, Ducharme LJ, Johnson JA, Knudsen HK, Roman PM.** Modified therapeutic communities and adherence to traditional elements. *J Psychoactive Drugs.* 2009 Sep; 41(3):275–83.

⁸ **Center for substance abuse treatment.** Treatment of adolescents with substance use disorders [Internet]. Rockville, MD: substance abuse and mental health services administration (US); 1999 [updated (no date); cited 2017 January 10th]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64342/>.

⁹ **Foster M, Nathan S, Ferry M.** The experience of drug-dependent adolescents in a therapeutic community. *Drug Alcohol Rev.* 2010 Sep; 29(5):531–9.

¹⁰ **Sacks S, Sacks JY, McKendrick K, Pearson FS, Banks S, Harle M.** Outcomes from a therapeutic community for homeless addicted mothers and their children. *Adm Policy Ment Health.* 2004 Mar; 31(4):313–38.

¹¹ **National institute on drug abuse.** Therapeutic communities: how do therapeutic communities treat populations with special needs? [Internet]. Bethesda, MD: national institute on drug abuse; undated [updated 2015 July; cited 2017 January 5th]. Available at: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/how-do-therapeutic-communities-treat-populations-special-needs>.

¹² **Stevens SJ, Arbiter N, McGrath R.** Women and children: therapeutic community substance abuse treatment. In: De Leon G (ed.). *Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings.* Westport, CT: Praeger; 1997. p. 129–42.

Dr.ⁱⁿ Alexandra Kirschner

Ärztin in Basisausbildung,
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie,
Klinikum Klagenfurt, Österreich

Die Rolle der Gemeinschaft bei den Anonymen Alkoholikern



von Jürgen Hoss

»Wenn wir uns nicht dauerhaft gegenseitig unterstützen, sterben wir vor der Zeit.« Dieses Zitat bringt die Rolle der Gemeinschaft bei den Anonymen Alkoholikern (AA) knackig auf den Punkt. Allerdings lohnt es, neben dieser plakativen Sicht auch den Blick in die Kapillaren der Gemeinschaft zu werfen.

Worauf fußt die Rolle der Gemeinschaft, was macht sie aus und wie wirkt sie auf die einzelne alkoholkrankte Person?

Schauen wir zuerst auf die Gemeinschaft der AA als solche. Diese bildete sich aufgrund der größten und ernsthaftesten Schwierigkeiten, die ein Mensch überhaupt haben kann: die Schwierigkeiten der unheimlichen und schrecklichen Krankheit Alkoholismus. Nicht von Hierarchie wird die Gemeinschaft geprägt, sondern von einer auf den Kopf gestellten Pyramide. Die zahlreichen Gruppen sind die Gemeinschaft, und sie sind die Stätten der Begegnung, der Meetings und der Quelle der Kraft, um trocken-zubleiben. Den Rahmen dazu bilden die zwölf Traditionen, die das gemeinschaftliche Zusammenleben umreißen.

Alle AA-Traditionen gehen davon aus, dass die Gemeinschaft nicht ohne Fehler ist. Sie hat Schwächen, die eine ständige Bedrohung darstellen.

Die Traditionen sind Wegweiser für besseres Arbeiten und Leben. Sie bedeuten für den Bestand und die Harmonie der Gruppen das, was die zwölf Schritte der AA für die Nüchternheit und den inneren Frieden jedes Einzelnen bedeuten. Dabei sind die Traditionen weder Regeln noch Vorschriften noch Gesetze. Die AA befolgen die Traditionen, weil sie es möchten. Vielleicht liegt das Geheimnis deren Wirksamkeit darin, dass diese lebenswichtigen Empfehlungen in den Erfahrungen und der Liebe verwurzelt sind.

Gleich die erste Tradition bringt die Wichtigkeit der Rolle der Gemeinschaft zum Ausdruck: »Jeder einzelne Alkoholiker ist nur ein kleiner Teil eines großen Ganzen. Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker muss weiter bestehen, sonst werden die meisten von uns sterben. Darum steht unser gemeinsames Wohlergehen an erster Stelle, das Wohlergehen des Einzelnen aber kommt sofort danach.« Wie könnte man die Rolle der Gemeinschaft treffender beschreiben?

Zitat aus der AA-Literatur: »Aus Erfahrung wissen wir, dass die meisten Menschen ohne Gruppe nicht genesen können. Jedem in der Gruppe wird klar, dass er nur ein kleiner Teil der großen Welt und kein persönliches Opfer zu groß ist, um die Gemeinschaft zu erhalten. Er lernt, seine Wünsche und Neigungen zu unterdrücken, wenn sie der Gruppe Schaden zufügen könnten. Es ist klar, dass die Gruppe überleben muss, sonst kann es der Einzelne nicht.« Das macht deutlich, dass die Gruppen und damit die Gemeinschaft eine ganz entscheidende Rolle spielen, einem Alkoholiker die Trockenheit zu ermöglichen.

Folgende Worte eines inzwischen seit Jahrzehnten trockenen Alkoholikers bringen die Wichtigkeit der Gemeinschaft für den Einzelnen sehr gut zum Ausdruck:

»Ich bin Peter, trockener Alkoholiker.

Und ich bin dankbar, dass ich zu diesem Thema aus der Sicht eines Alkoholikers ein paar Zeilen beitragen darf. Gefunden habe ich zu dieser Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker vor mehr als 30 Jahren. Ich war damals nur noch ein Häufchen Elend, das ohne Zukunftsaussicht und ohne Hoffnung, aufgezehrt vom Alkohol, in dieser Welt dahinvegetierte. Ich kam zum meinem ersten Meeting und ich war nur noch Fassade – verkleidet mit einem dunkelblauen Anzug, weißem Hemd und Krawatte. Dahinter war nichts mehr, aber ich wollte zumindest äußerlich noch etwas darstellen. Zu Anfang wurde die Präambel vorgelesen: Anonyme Alkoholiker sind eine Gemeinschaft von Männern und Frauen, die miteinander ihre Erfahrung, Kraft und Hoffnung teilen, um ihr gemeinsames Problem zu lösen und anderen zur Genesung vom Alkoholismus zu verhelfen. Dann wurden die zwölf Schritte vorgelesen, das Genesungsprogramm der Anonymen Alkoholiker. In keinem Schritt ein ‚Du musst oder du sollst‘, aber in jedem Schritt ein ‚WIR‘. Am Tisch saßen ca. 20 Freunde. Da waren Alfred, Maurer; Franziska, Hausfrau; Helmut, Bäcker; noch ein Helmut, Kraftfahrer; Paul, Bauunternehmer; Werner, Lehrer; usw. usw. Das sollte funktionieren: ein bunt zusammengewürfelter Haufen aus allen Schichten, und alles Alkoholiker, wie sie sich selber vorstellten. Als ich mich vorstellte, sagte man mir: Schön, dass du da bist. Einfach nur: Schön, dass du da bist. Keiner kannte mich, aber ich hatte das Gefühl, dass ich willkommen war, dass ich dazugehörte. Ich gehörte zu dieser Gemeinschaft, weil ich mich einfach nur an den Tisch setzte – ich mit meinem blauen Anzug. Aber es wäre egal gewesen, wie ich ausgesehen hätte, ich gehörte von Anfang an zu dieser Gemeinschaft, weil ich den Weg in diese Gemeinschaft gewählt hatte. So etwas hatte ich noch nie erlebt. Ich hatte noch nie zuvor das Gefühl gehabt, irgendwo dazuzugehören. Mein ganzes Leben hatte nur aus Kampf für Anerkennung, Liebe und Geborgenheit bestanden. Ich gehörte nie irgendwo ganz dazu.

Heimliche Geburt, dann zwei Jahre im Heim, dann zwölf Jahre in einer Pflegefamilie, dann zu meiner ledigen Mutter, die aber für mich eine Tante war. Überall nur Lüge. Und jetzt von Beginn an dieses Gefühl des ehrlichen Umgangs miteinander, dieses Gefühl der Zugehörigkeit, und keiner sagte mir, was ich zu tun und zu lassen hatte, und keiner gab mir ‚gute‘ Ratschläge. Ich durfte von den Erfahrungen der anderen lernen und *meinen* Weg gehen. Ich wurde Teil dieser Gemeinschaft.

»Für mich ist diese Gemeinschaft das Beste, was mir je begegnet ist. Ich bin dankbar, dass ich dieser Gemeinschaft angehöre – einfach nur unheimlich dankbar.«

Die Gemeinschaft lebt von ihrer Vielfältigkeit, von ihren Kontroversen und auch davon, dass sie grundsätzlich nicht gesteuert ist. Es gibt keine Mitgliedschaft, keine Beitrittsformulare und auch keine speziellen Voraussetzungen, um dazuzugehören, außer dem Wunsch, mit dem Trinken aufzuhören. Interessanterweise ist dieser so lose erscheinende Zusammenhalt eine wichtige Stärke der Gemeinschaft. Diese basiert auf Freiwilligkeit, aber auch auf Verantwortung. In der Gemeinschaft findet jeder mehr persönliche Freiheiten als in jeder anderen Gesellschaft.

Niemand wird genötigt, irgendetwas zu tun. Ja, es geht sogar so weit, dass der Einzelne alles missachten kann, wofür die AA eintreten, und dennoch kann er ein Teil der Gemeinschaft bleiben. Keinem Zwang zu unterliegen, ist für viele bei den AA eine regelrechte Befreiung. Andererseits gibt die Gemeinschaft durch die Übernahme von Verantwortung, auch wenn diese sehr überschaubar sein kann, den nötigen Halt. Man kann den Dienst bei den AA getrost als deren Herzschlag bezeichnen. AA sind ein Tun-Programm, und die Gemeinschaft bildet den würdigen Rahmen dafür.

Vielleicht verwundert es den ein oder anderen, wie die Gemeinschaft der AA in der scheinbaren Anarchie funktioniert. Andere Gesellschaften brauchen Gesetz und Macht, Genehmigung und eine Konsezenzkultur. Hierfür sind Bevollmächtigte zuständig. Die AA haben glücklicherweise erkannt, dass sie keine Vorgesetzten brauchen. Sie haben zwei Autoritäten, von denen die eine gut und die andere schlecht ist. Da ist die höhere Macht, die einfach sagt: »Ich warte, bis du meinen Willen ausführst.« Die andere



Autorität heißt König Alkohol. Und der sagt: »Du musst dem Willen der höheren Macht gehorchen, sonst werde ich dich töten.«

Für einen Alkoholiker kann es sehr wichtig sein, dass die Gemeinschaft ihrer Rolle nicht nur regional begrenzt, sondern weltweit nachkommt. Ein Auszug aus der AA-Literatur belegt das wie folgt: »Es ist ein wunderschönes Gefühl, auf Reisen zu gehen und am Zielort, egal wie weit weg, irgendwo auf dieser Welt in ein Meeting zu gehen und ‚Freunde‘ zu treffen. Ich spreche selber kein Englisch, aber das spirituelle Gefühl für die Gemeinschaft der AA gibt mir alles, was ich brauche, dazu erlebe ich noch diese einzigartige Herzlichkeit der Freunde. Keine Flasche Alkohol kann dieses Gefühl ersetzen. Denn wenn ich wieder zu Hause bin und zurückdenke, dann bleiben diese starken, guten Gefühle erhalten, und dafür bin ich Gott sehr dankbar.«

Die Gemeinschaft ist das Fundament der Trockenheit eines Alkoholikers.

Es gibt leider Beispiele von trockenen Alkoholikern, die der Überzeugung waren, die Gemeinschaft nicht mehr zu brauchen. Die von sich glaubten, den Alkoholismus überwunden zu haben und auch ohne die Gemeinschaft der AA weiter trockenbleiben zu können. Viele von denen hatten einen Rückfall, fingen wieder an zu trinken. Und glücklicherweise erinnerten sich einige wieder an die Gemeinschaft der AA, kamen zurück und schafften es erneut, den Alkoholismus zum Stillstand zu bringen. Und sie erkannten dabei eindrucksvoll, dass es die Gemeinschaft ist, die ihnen hilft, trocken zu bleiben. Ohne Übertreibung kann die Gemeinschaft der AA als Gegenmittel zum Alkohol gesehen werden. Und dabei ist es ein Gegenmittel ohne erkennbare schädliche Nebenwirkungen.

Eine weitere bedeutende Rolle der Gemeinschaft ist es, die AA-Botschaft zu noch leidenden Alkoholikern zu bringen. Zitat aus der AA-Literatur: »Unsere erste Aufgabe hinsichtlich der Zukunft unserer Gemeinschaft liegt ganz klar darin, mit voller Kraft zu erhalten, was wir besitzen. Das können wir nur durch sorgfältige Aufmerksamkeit erreichen. Wir sollten uns nie durch den großen Zuspruch und den Erfolg, der uns überall widerfährt, von Selbstzufriedenheit einlullen lassen. Darin liegt eine schleichende Gefahr, die uns heute zum Stillstand und morgen vielleicht auseinander bringt. Wir haben uns immer zusammengesetzt und Fehler und Krisen überwunden. Probleme waren Antriebskräfte.«

Ein wichtiges Momentum der AA sind die Nichtalkoholiker (NAs), die sich in der Gemeinschaft engagieren. Im ersten Moment klingt das wie ein Widerspruch: Nichtalkoholiker bei den AA. Der Widerspruch löst sich schnell auf. Nichtalkoholiker meint übrigens, dass es sich dabei im Allgemeinen nicht um Abstinenzler handelt, sondern um Menschen, die zwar Alkohol trinken, aber eben keine Alkoholiker sind. Die beiden Gründer der Gemeinschaft Bill W. und Dr. Bob haben nur durch die Vermittlung von verständnisvollen NAs zusammengefunden. Für einen NA gilt das Prinzip der Anonymität nicht. Er kann die Gemeinschaft mit seinem Gesicht und seinem vollen Namen nach außen erkennbar machen. Damit runden die NAs die Rolle der Gemeinschaft bei den Anonymen Alkoholikern sehr gut ab.

Die Sonne über der Gemeinschaft AA geht niemals unter. Mehrere Millionen Menschen haben mit den AA ihre Krankheit zum Stillstand gebracht, und sicher werden auch viele Alkoholiker in naher und ferner Zukunft mit Hilfe der Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker ein trockenes und glückliches Leben führen können. Damit wird die Gemeinschaft der AA ihrer wichtigen Rolle gerecht.

Jürgen Hoss

Geboren in Neckartailfingen im Landkreis Esslingen, Deutschland
Grundschule, Realschule, Technisches Gymnasium und danach Studium der Informatik mit Abschluss »Staatlich geprüfter Informatiker«
seit 1.9.2006: Geschäftsführer des Softwarehauses »inasys GmbH«
Ehrenamtlich tätig in der Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker als Nichtalkoholiker seit 2014, 1. Vorsitzender der Anonymen Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V. seit 2016

Unser Betreu

Prävention

Suchtprävention ist dem *Grünen Kreis* ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir bieten: Vorträge, geleitete Diskussionen, Seminare, Outdoor-Workshops/-Veranstaltungen, sowie spezielle Angebote im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, im Umgang mit Stress, Kommunikation und Konfliktstrategien.

In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, MitarbeiterInnen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie (Dauer bis zu 6 Monaten) ist gedacht für erwachsene Suchtkranke, die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese KlientInnen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch KlientInnen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach § 35 und § 39 SMG, § 50 STGB, § 173 STPO). Kostenübernahme durch den Bund maximal 6 Monate.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener KlientInnen (Dauer 1 bis 2 Monate) statt.

Die Betroffenen nehmen, wie alle anderen KlientInnen der Therapeutischen Gemeinschaft, am gesamten Therapieprogramm teil und werden vom jeweiligen multiprofessionellen Team begleitet. Ziele sind ein abstinentes oder ein substituiertes Leben ohne Beikonsum zu ermöglichen sowie die Stabilisierung und rasche Reintegration in ein soziales Umfeld.

Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene je nach Bedarf individuelle Unterstützung und Begleitung. Sie erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Beratungsteams (Vorbetreuung) bzw. die MitarbeiterInnen in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren. Das Beratungsteam ist in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche finden in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins *Grüner Kreis* und überall dort statt, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legale und illegale Substanzen)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- KlientInnen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- KlientInnen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren
- Menschen mit einer richterlichen Weisung
- Angehörige

Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie (Dauer 6 bis 18 Monate) ist gedacht für jugendliche, erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, MultimorbiditätsklientInnen, ältere Suchtkranke und Menschen, die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchen (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte. Die nachhaltige Rehabilitation und Integration der KlientInnen, ein geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.



Leistungsangebot

Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der/des Betroffenen integriert. In unseren fünf ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für Wiener KlientInnen wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte KlientInnen als auch für substituierte KlientInnen, für KlientInnen mit einer substanzgebundenen sowie mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung, sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

Für KlientInnen aller übrigen Bundesländer beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate.

Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten KlientInnen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Behandlungsmodell, um den Betroffenen beistehen und die gewonnene psychische und physische Stabilität aufrechterhalten zu können. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der Therapeutischen Gemeinschaft weiterhin genutzt werden. Die langjährigen Erfahrungen des Vereins *Grüner Kreis* mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der Therapeutischen Gemeinschaft oder in einer nahe gelegenen, vom *Grünen Kreis* angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

KlientInnen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof.

Die Dauer der Behandlung hängt von der jeweiligen Substanz ab: Teil- oder Vollentzug Alkohol - Zeitraum ca. 14 Tage; Teil- oder Vollentzug illegale Substanzen - bis zu 8 Wochen.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen und/oder illegalen Substanzen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation kann im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug vor Ort geplant werden, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul oder ein längeres stationäres bzw. ambulantes Modul anschließt.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen KlientInnen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird KlientInnen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit zu erhalten. Die TransitmitarbeiterInnen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden KlientInnen und ExklientInnen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen FacharbeiterInnenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der KlientInnen ist nach Beendigung der TransitmitarbeiterInnenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein *Grüner Kreis* möglich.

Die Rolle der familiären Unterstützung bei der Nutzung von Computerspielen



von Markus Meschik

Zwischen »Headshots«, »MMO« und »free2play« – Computerspiele stellen ob ihrer zunehmenden Beliebtheit eine Herausforderung für Fachkräfte sozialer und therapeutischer Arbeit sowie für Familiensysteme dar. Wie es um die gefürchtete Suchtproblematik steht und welche präventiven Handlungsmöglichkeiten für Familien bestehen.

Computerspiele waren als Medium seit jeher Mittelpunkt gesellschaftlicher Kontroversen. Ende der 80er-Jahre lösten sie die Rockmusik als Sündenbock einer vermeintlich fehlgeleiteten Jugend ab, standen aufgrund ihrer oft gewalthaltigen Inhalte im Verdacht, gewalttätige Verhaltensweisen zu fördern, und waren ob ihres Suchtpotenzials der Mittelpunkt zahlreicher öffentlicher Debatten.

Trotz der von vielen Seiten geäußerten Bedenken erfreute sich das Medium im letzten Jahrzehnt zunehmender Beliebtheit als Freizeitbeschäftigung vieler junger und erwachsener Menschen. Gleichzeitig waren und sind Computerspiele seit Jahren verlässlicher Streitpunkt im Alltag vieler Familien. Die Faszination, die dieses Medium auf junge

(und viele erwachsene) Menschen ausübt, erschließt sich vielen Erziehungsberechtigten nicht, und die großen Zeitspannen, die Kinder und Jugendliche mit diesem Medium verbringen, sorgen bei vielen Elternteilen für Unsicherheit und Sorge – der Begriff Sucht steht schnell im Raum.

War eine offizielle Diagnose von Computerspielsucht bislang nicht möglich, änderte sich dies mit Juni 2018, als die Diagnose der Videospielesucht von der WHO als Verhaltenssucht in die ICD-11 aufgenommen wurde. Als Symptome wurden der Verlust der Kontrolle über Spielzeiten und Spielfrequenz, die Priorisierung des Spieles über andere Lebensbereiche sowie das Fortführen der Handlung trotz evidenter negativer Folgen wie Leistungsabfall in Schule und Beruf über einen Zeitraum von zwölf Monaten beschrieben. Die Aufnahme erfolgte trotz der Bedenken und der Kritik zahlreicher ExpertInnen (vgl. Petry 2016).

Zusammen mit neueren Entwicklungen wie der Implementierung von Glücksspielmechanismen in zahlreichen digitalen Spielen, die in einigen europäischen Ländern auch auf politischer Ebene diskutiert wird, führt dieser Entschluss in vielen Familien zu vermehrter Unsicherheit. In Form zunehmender Anfragen von Eltern sowie PädagogInnen ist dies in der beratenden Praxis deutlich spürbar. Ohne dabei der Familie die alleinige Verantwortung für den Umgang mit diesen Phänomenen zuschreiben zu wollen, werden hier Möglichkeiten für das Familiensystem angesprochen, Phänomene wie dem exzessiven Spielkonsum in präventiver und interventiver Form entgegenzuwirken.

Bedenken

Oft können besorgte Eltern entwarnt werden – ihre Kinder besuchen regelmäßig Schule oder Arbeitsplatz, verfügen über ein soziales Netz abseits der Familie und gehen neben dem Spielen von Computerspielen auch noch anderen

Freizeitaktivitäten nach. Eine hohe Spielzeit alleine ist aus nachvollziehbaren Gründen kein ausreichendes Kriterium für eine Suchtdiagnose. Eine harmonische Leidenschaft, welche mit anderen Lebensbereichen vereinbar ist, ist hier von einer obsessiven Leidenschaft zu unterscheiden, bei welcher das Spielverhalten der Erfüllung einer Bedürftigkeit dient und die Kontrolle darüber nicht mehr besteht.

Auch kommt es bei vielen jungen Menschen mit exzessivem Spielverhalten zu Spontanremissionen, wenn beispielsweise die Peergroup sich ändert oder altersspezifische Bindungswünsche ins Spiel kommen (vgl. Strizek/Puhm 2016). Aus diesem Grund ist die Entscheidung der WHO, die Diagnose an ein fortlaufendes Bestehen der Symptome über zwölf Monate zu knüpfen, absolut nachvollziehbar. Besorgten Eltern sollten neben psychoedukativen Maßnahmen aber auch konkretere Handlungsrichtlinien mitgegeben werden.

Bedürfnisse

Einer der wichtigsten Aspekte einer gelungenen Erziehung zur Medienkompetenz wird von Kammerl et al. (2012) konstatiert, wenn festgehalten wird, dass Eltern oft nicht genau wissen, was ihre Kinder im Internet machen, und deren Medienaktivitäten oft nicht nachvollziehen und verstehen können.

Fehlendes Verständnis geht in der Praxis oft mit dem einher, was eine fruchtbare Diskussion mit Betroffenen stark erschwert: fehlende Wertschätzung. Digitale Spiele haben sich in den vergangenen Jahren stark diversifiziert und bieten Spielenden Erfahrungsräume, in welchen Entscheidungen möglich sind, ohne realweltliche Konsequenzen dafür zu tragen. Große Onlinerolespiele und »MOBAs« (Multiplayer Online Battle Arena) bieten Raum für soziale Gratifikation, Actionspiele ermöglichen, vom Sofa aus Welten zu erbauen und zu zerstören und bewirken ein Gefühl der Selbstwirksamkeit bis hin zu einem Allmachtsgefühl, und großzügige



Eltern sollen die Spielmechaniken verstehen und ein Gefühl dafür bekommen, was an diesem Spiel so faszinierend für ihre Kinder ist.

Feedbackschleifen belohnen SpielerInnen für erlernte Spielzüge, deren Lernen im weiteren Spielverlauf auch nützlich ist, also Sinn ergibt (vgl. Gee 2010). Nicht zuletzt ermöglicht das Spielen bestimmter Spiele auch die Teilhabe an der Diskussion mit der (physisch vorhandenen) Peergroup im Klassenraum.

Auf diese Weise eignen sich Computerspiele hervorragend, auf relativ leichtem Wege eine Vielzahl an Bedürfnissen zu bedienen, die eventuell in der physischen Welt nicht so einfach zu befriedigen sind. Wenn Betroffene sehr viel Zeit mit dem Medium verbringen, ist darum nicht nur davon auszugehen, dass es sich dabei um eine vermeidende Copingstrategie handelt, die auf lange Sicht schädlich ist und geändert werden sollte, es gilt auch zu eruieren, welche Bedürfnisse über das Spiel abgedeckt werden, die im Alltag unerfüllt bleiben. Was aus elterlicher Perspektive oft als Zeitverschwendung betrachtet wird und unverständlich bleibt, nimmt für die Betroffenen eine wichtige Funktion ein, die Eltern ohne einen verständnisvollen und wertschätzenden Zugang für die Freizeitbeschäftigung ihrer Kinder nicht zugänglich ist.

Ein erster Schritt in der Arbeit mit betroffenen Familien kann deshalb sein, den besorgten Eltern das Spiel selbst näherzubringen, dass sie gemeinsam die Spielmechaniken verstehen und ein Gefühl dafür bekommen, was an diesem Spiel so faszinierend für ihre Kinder ist. So wird auch ein wichtiger Baustein für

eine gelungene Diskussion über das Thema mit den Betroffenen gelegt – wenn ich als AnsprechpartnerIn über das Spiel und betreffende Wirkmechanismen Bescheid weiß, kann ich mich leichter als qualifizierte GesprächspartnerIn etablieren und von SpielerInnen ernst genommen werden. Dies gilt auch im professionellen Kontext und bedeutet natürlich nicht, dass ich als Elternteil oder Teil des Helfersystems ebenfalls Computerspiele spielen muss. Es bedeutet, ein grundlegendes Interesse dafür zu haben, was die Lebenswelt meiner Kinder oder AdressatInnen ausmacht. Auf diese Weise kann auch auf potenziell problematische Aspekte wie Glücksspielelemente in digitalen Spielen sensibel und adäquat reagiert werden.

Beschränkungen

Wenn exzessives Spielen in der Wahrnehmung von Betroffenen wichtige Funktionen erfüllt und Bedürfnisse stillt, muss Eltern auch bewusst sein, dass eine gewünschte Verhaltensänderung in Form einer Einschränkung dieser als positiv wahrgenommenen Tätigkeit auf Betroffene bedrohlich wirken kann. Vor allem Betroffene, die ein suchtmähnliches Verhalten aufweisen, zeigen ein stark ausgeprägtes Dichotomieerleben: Die physische Realität wird ausnahmslos abgewertet und konfliktbehaftet wahrgenommen, während die digitale Spielwelt als unangemessen positiv erlebt wird. Dies bedeutet zum einen, dass die Einschränkung der

Mediennutzung stets mit dem Angebot einer möglichst attraktiven alternativen Freizeitgestaltung einhergehen sollte. Zum anderen gilt es, eine positive und wertschätzende Gesprächsbasis aufrechtzuerhalten, um die dieser Dichotomie zugrunde liegenden Annahmen gemeinsam kritisch zu hinterfragen.

Zu einer glaubhaften und authentisch ausgesprochenen Verhaltenseinschränkung seines Kindes gehört auch die kritische Reflexion des eigenen Verhaltens. Nicht selten erlebe ich in der Beratung Eltern, die ob des Medienkonsumverhaltens ihrer Kinder besorgt sind, deren eigene Freizeitaktivitäten neben einem wöchentlichen Besuch bei der Großmutter über abendliches Fernsehen aber kaum hinausgehen. In diesem Fall empfiehlt sich eine Erweiterung der Erziehungskompetenz in Form einer Suche nach einer eigenen Freizeitgestaltung abseits von Fernsehen und Smartphone. Es ist natürlich eine stabile Arbeitsbeziehung notwendig, um das elterliche Selbstwertgefühl durch diese Botschaft nicht zusätzlich zu kränken.

Bewahren

Die Faktoren, welche die Entstehung einer Computerspielsucht begünstigen können und insofern im familiären Alltag zu vermeiden sind, sind zunächst wenig überraschend: der Besitz einer Spielkonsole im eigenen Zimmer, wenig reflektiertes Medienkonsumverhalten der Eltern sowie die Einstellung der Eltern bzw.

Tiergestützte Therapie

eine ergänzende Methode in der therapeutischen Behandlung von Suchterkrankungen



von Edith Ober

In den letzten Jahren erfreuen sich tiergestützte Interventionen immer größerer Beliebtheit im deutschsprachigen Raum. Sie finden immer mehr Anklang in den unterschiedlichsten sozialen Bereichen, vor allem in der Kinder- und Jugendarbeit sowie der Arbeit mit Menschen im späten Erwachsenenalter und Menschen mit besonderen Bedürfnissen.

Tiergestützte Interventionen sind keine neue Erscheinung, sondern greifen schon auf eine mehrjährige Anwendung im Gesundheits- und Sozialbereich zurück. Die Wissenschaft schien diesem Trend hinterherzuhinken, inzwischen konnten aber bereits viele der positiven Auswirkungen genauer untersucht und durch wissenschaftliche Erklärungsmodelle belegt werden (vgl. Vernooij, Schneider 2013).

Der Begriff »Tiergestützte Interventionen« (TGI) subsumiert alle Methoden, in denen Tiere gezielt eingesetzt werden, um einen positiven Effekt beim Menschen zu erzielen. Die TGI gliedert sich in die Teilbereiche »Tiergestützte Aktivität« (TGA), »Tiergestützte Förderung« (TGF), »Tiergestützte Pädagogik« (TGP) und »Tiergestützte Therapie« (TGT). Voraussetzung für die tiergestützte Therapie ist eine zielgerichtete, im Vorhinein geplante Intervention, die von einer ausgebildeten Fachkraft mit einem speziell trainierten Tier durchgeführt wird. Diese Interventionen folgen einem Behandlungsplan und werden regelmäßig evaluiert (vgl. Vernooij, Schneider 2013).

Das Wirkungsspektrum der Mensch-Tier-Interaktionen ist breit und reicht von der körperlichen über die psychische bis zur sozialen Ebene (vgl. Julius et al., 2014).

Beim Kontakt mit Tieren werden Hormone ausgeschüttet, die schmerzreduzierend und beruhigend wirken. Aufgrund der wertfreien Zuwendung der Tiere werden der Selbstwert und die Selbstsicherheit der Personen gestärkt und damit einhergehende Ängste abgebaut. In der Interaktion können PatientInnen Selbstwirksamkeit erleben und wichtige Bewältigungsstrategien wie z.B. Selbstkontrolle erlernen. Im Beisein von Tieren agieren Menschen offener und sozialer und gehen folglich leichter in Kontakt miteinander (vgl.

Wesenberg, Nestmann 2014).

Zwar kann tiergestützte Therapie keinesfalls als eine allein stehende Therapieform betrachtet werden, hat als ergänzende Methode zu herkömmlichen Therapien aber durchaus das Potenzial, die gewünschten Ergebnisse einer therapeutischen Behandlung zu maximieren. Dass PatientInnen grundsätzlich eine offene Haltung zum Kontakt mit Tieren mitbringen müssen, ist dabei Grundvoraussetzung für einen zielführenden Therapieverlauf (vgl. Elkins et al. 2018).

In der österreichischen Therapielandschaft für suchterkrankte Menschen haben Tiere zwar dort und da auch Einzug gehalten, allerdings vorrangig zur Arbeitsrehabilitation in Form von landwirtschaftlicher Tierhaltung und Nutzung. Zielgerichtete tiergestützte Interventionen, wie sie bei der tiergestützten Therapie der Fall sind, kommen noch kaum zum Einsatz.

Dabei können auch SuchtpatientInnen von den vielen positiven Effekten der Mensch-Tier-Interaktion auf biopsychosozialer Ebene profitieren. Dies wird durch praktische Studien, welche sich mit dem Einsatz von tiergestützter Therapie in der Suchttherapie beschäftigten, eindeutig belegt. Allerdings ist die Anzahl solcher Studien noch eher spärlich.

»Emotionale und soziale Kompetenz« gelten als wichtige Schutzfaktoren, die uns helfen, Herausforderungen im Leben zu bewältigen. Gerade SuchtpatientInnen weisen oft Defizite in der Emotionserkennung und deren Regulierung auf. Zur Förderung dieser Kompetenzen können Therapietiere beitragen. Eine in Wien durchgeführte Studie konnte belegen, dass das »Tiergestützte Kompetenztraining« (MTI) die emotionale Stabilität sowie das Selbstwertgefühl der PatientInnen fördert und verbessert. Die PatientInnen entwickeln ein positiveres



SuchtpatientInnen können von den vielen positiven Effekten der Mensch-Tier-Interaktion auf bio-psycho-sozialer Ebene profitieren.

Selbstbild, wodurch sie den eigenen Fähigkeiten, Herausforderungen zu meistern, mehr Vertrauen entgegenbringen (vgl. Klee 2010, 84).

Aber nicht nur das Selbstvertrauen kann durch tiergestützte Therapie gesteigert werden, sondern auch das Vertrauen in andere Personen, wie eine Studie aus den Vereinigten Staaten darlegt. Sie zeigt eine signifikante Verbesserung der Beziehung von PatientInnen und TherapeutInnen durch den gezielten Einsatz von Therapietieren im Rahmen der Suchttherapie. Diese führt im weiteren Verlauf zu besseren Ergebnissen in der Behandlung, denn eine vertrauensvolle Beziehung zu den TherapeutInnen ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgversprechende Therapie (vgl. Wesley et al. 2009). Zudem reduziert sie auch die Gefahr eines vorzeitigen Therapieabbruchs (vgl. Elkins et al. 2018).

PatientInnen, welche im Zuge ihres stationären Therapieaufenthaltes pferdegestützte Therapie nutzen können, zeigen deutlich mehr Motivation, die Therapie zu beenden. Es gibt also einen signifikanten Zusammenhang zwischen tiergestützter Therapie und einer erhöhten Therapiebereitschaft und der damit einhergehenden Therapiedauer bzw.

Beendigung der Therapie (vgl. Kern-Godal et al. 2015).

Auch in gruppentherapeutischen Settings kann die Anwesenheit eines Therapietieres den Therapieverlauf positiv beeinflussen, indem es den PatientInnen hilft, Ängste und Stress abzubauen. Dies wirkt sich positiv auf die Gruppendynamik aus und fördert die Kommunikation unter den TeilnehmerInnen sowie deren soziale Interaktion miteinander (vgl. Campbell-Begg 2000).

Die »Fachklinik für Drogenabhängige Schloss Tessin« in Deutschland geht sogar noch einen Schritt weiter. Dort wird nicht mit Therapietieren tiergestützt gearbeitet, sondern den PatientInnen ist es erlaubt, zum stationären Aufenthalt die eigenen Haustiere mitzunehmen, welche dann direkt in die Behandlung miteinbezogen werden. So lernen die PatientInnen nicht nur den adäquaten Umgang mit den Bedürfnissen ihrer vierbeinigen Begleiter, sondern auch ihrer eigenen (vgl. Krekel, Jösch 2014).

Conclusio

Als Ergebnis der bisherigen Studien lässt sich zusammenfassen, dass Tiere in der

Therapie eine beruhigende Wirkung haben, den Selbstwert steigern und dass die damit einhergehenden Ängste leichter abgebaut werden. Die offenere Haltung der KlientInnen führt zu einer erleichterten Kontaktaufnahme und im Weiteren zu einer verbesserten PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung, wodurch PatientInnen insgesamt länger in Therapie bleiben. Als Voraussetzung gilt eine positive Einstellung gegenüber Tieren von KlientInnen und TherapeutInnen.

Abschließend kann somit gesagt werden, dass der professionelle Einsatz von Therapietieren als ein ergänzendes Therapieangebot in der Behandlung von Suchterkrankungen einen Mehrwert für PatientInnen darstellt und deren Therapieverlauf positiv beeinflussen kann (vgl. Ranes, 2016).

Literatur kann bei der Redaktion angefragt werden.

Edith Ober, BA

Sozialarbeiterin, Jugend- Sucht- und Familienberatungsstelle Waggon
 Fachkraft für tiergestützte Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmen (in Ausbildung)

Sucht und Bindung



von Jürgen Fuchshuber

Süchtige sind bis heute einem massiven sozialen Stigma ausgesetzt, das noch stärker ausgeprägt ist als bei anderen geistigen Erkrankungen. Ein moralisierender Diskurs beinhaltet jedoch keine Lösungen, sondern verstärkt die Scham und Isolation der Betroffenen und behindert den Aufbau einer funktionierenden therapeutischen Beziehung.

Erst durch die Erforschung der zugrunde liegenden Ursachen konnte sich eine Entdämonisierung der Abhängigkeitserkrankung entwickeln. Einen großen Anteil am erweiterten Verständnis dieser Störung trägt die Bindungsforschung, die Sucht nicht als Zeichen eines schlechten Charakters begreift, sondern als verzweifelte Versuch, die Auswirkungen früher Traumatisierungen zu bewältigen.

Bindungstheorie

Die Bindungstheorie wurde ursprünglich von dem britischen Psychoanalytiker John Bowlby und in weiterer Folge von Mary Ainsworth entwickelt. Zentrale Annahme dieser Theorie ist, dass Menschen bereits im Säuglingsalter ein evolutionär verankertes Grundbedürfnis nach Bindung an Bezugspersonen besitzen. Das emotionale Band an die primären Betreuungspersonen wird dabei, entgegen der damals vorherrschenden psychoanalytischen Theorie, nicht nur als ein sekundärer Trieb begriffen, der dem physischen Schutz und der Befriedigung von oralen Bedürfnissen des Kindes dient. Bowlby (1969) beobachtete, dass Kinder, denen es nicht gelingt, eine feste und sichere Bindung an ihre Bezugsperson zu entwickeln, früh Zeichen von Deprivation wie z. B. ein übertriebenes Bedürfnis nach Liebe oder Rache sowie starke Schuldgefühle zeigen. Im weiteren Verlauf konnte er zudem das Auftreten von Entwicklungsstörungen, schweren Depressionen und delinquentem Verhalten nachweisen (Bowlby 1969).

Ainsworth und Bell (1970) beschrieben anhand des »Strange Situation«-Experiments, bei dem das Verhalten von Kindern bei kurzen Trennungen von ihren Bezugspersonen analysiert wird, verschiedene kleinkindliche Bindungstypen. Dabei unterschieden sie zwischen einem sicheren, unsicher-ambivalenten, unsicher-vermeidenden

sowie einem desorganisierten Bindungstyp. Langzeitstudien konnten zeigen, dass es sich dabei um ein relativ stabiles Merkmal handelt, dessen frühkindliche Ausprägung sich auch noch im Erwachsenenalter nachweisen lässt (Fraley 2002). Während das Temperament des Kindes wenig Einfluss auf die Ausbildung des Bindungstyps nimmt, wirkt die Art der Fürsorge der Betreuungsperson als zentraler Einflussfaktor (Fonagy 2003). Günstig auf die Entwicklung einer sicheren Bindung wirken sich laut dem aktuellen Erkenntnisstand insbesondere mütterliche Feinfühligkeit, Empfänglichkeit für Kummer, eine moderate, angemessene Stimulation und Gleichklang sowie Herzlichkeit in der Interaktion mit dem Kind aus (Belsky 1999). Ein aufdringlicher, übertrieben kontrollierender Erziehungsstil fördert dagegen einen unsicher-vermeidenden Bindungsstil. Unsicher-ambivalente Bindung steht mit einem unempfindlichen und distanzierten Interaktionsstil der Bezugsperson in Verbindung.

Bindung spielt insbesondere im Erwerb der Fähigkeit zur Affektregulierung eine wichtige Rolle (Schore und Schore 2008). Diese Entwicklung ist durch die frühe nonverbal-affektive Kommunikation zwischen dem Kind und der primären Bezugsperson bedingt. Die Eltern nehmen die nonverbalen emotionalen Äußerungen des Kindes wahr und co-regulieren diese durch symbolisierende Spiegelung sowie physischen und verbalen Trost. Damit werden die noch rohen und nicht der Versprachlichung unterworfenen Affekte für das Kind aushaltbar. Im Verlauf der Entwicklung des Kindes werden diese Bindungserfahrungen immer wieder gemacht, was dazu führt, dass diese schließlich internalisiert werden. Es entstehen in der Terminologie der Bindungstheorie sogenannte »innere Arbeitsmodelle« des Selbst und der Anderen, die im Optimalfall eine teilweise

autonome Affektregulierung ermöglichen. Idealerweise kommt es damit zur Bildung einer sicheren Basis, von der aus das Kind seine Umwelt erkunden kann. Neurobiologisch steht diese Entwicklung vor allem mit der frühkindlichen Reifung von Faserverbindungen der rechten Gehirnhemisphäre im Zusammenhang, die ebenfalls mit der Bildung des impliziten Selbstgefühls in Verbindung gesetzt werden (Schore 2002). Sind die frühen Bindungserfahrungen des Kindes überwiegend traumatisierend, kann das Kind nicht lernen, seine Affekte mithilfe von Bezugspersonen zu regulieren. Negative Bindungserfahrungen werden internalisiert und es kommt zur Bildung dysfunktionaler innerer Arbeitsmodelle. Anstelle einer sicheren Basis entstehen in ihrer Entwicklung gehemmte psychische Strukturen. Die inneren Objekt- und Selbstrepräsentanzen verharren in einem archaischen Stadium, in dem vorwiegend zwischen Idealisierung und grausamer Abwertung oszilliert wird (Kernberg 1967). Die primitiven Abwehrmechanismen der frühen Kindheit wie Spaltung, Verleugnung und projektive Identifikation werden somit beibehalten und nicht durch reife und differenzierte Formen ersetzt. Folge ist eine Verminderung der Beziehungsqualität in späteren Partnerschaften sowie chronische Überforderung im Umgang mit Konflikten und negativen Emotionen wie Angst und Einsamkeit.

Sucht als Bindungsstörung

Diese Entwicklung kann in weiterer Folge das Auftreten einer Vielzahl an psychischen Störungen begünstigen. Insbesondere die Beziehung zwischen unsicherer Bindung und Abhängigkeitserkrankungen wird in der Forschung häufig thematisiert. Substanzmissbrauch wird in diesem Zusammenhang als chemische Affektregulation gesehen (Brisch 2014). Die psychotropen Substanzen ersetzen die als ambivalent und unsicher wahrgenommenen Bindungsfiguren, wodurch es anfänglich zu einer vordergründigen Stabilisierung des Selbst kommt. Letztlich wirkt sich der Substanzmissbrauch jedoch zusätzlich schädlich auf Affektregulierung und Bindungsfähigkeit und verzerrend auf die Wahrnehmung der inneren und äußeren Welt aus. Dies führt häufig zu einer weiteren Eskalation des Substanzmissbrauchs und schließlich in den Teufelskreis der Sucht. Ergebnisse der affektiven Neurowissenschaft konnten

Die Beziehung zwischen unsicherer Bindung und Abhängigkeitserkrankungen wird in der Forschung häufig thematisiert.

zudem zeigen, dass es starke neuroanatomische und neurochemische Überschneidungen zwischen dem vorrangig durch Oxytocin und Opioiden gesteuerten Bindungsschaltkreis und den Strukturen gibt, die die verschiedenen Formen des Suchtverhaltens vermitteln (Zellner et al. 2011).

Diese theoretischen Annahmen konnten in zahlreichen Untersuchungen empirisch bestätigt werden. Nach metaanalytischen Berechnungen von Jordan und Sacks (2009) zeigen sich gebundene Menschen insgesamt ein um ein Drittel niedrigeres Risiko für Substanzmissbrauch als unsicher gebundene Personen. Drei kürzlich publizierte Arbeiten des Zentrums für Integrative Suchtforschung des Grünen Kreises konnten zeigen, dass stationär untergebrachte Abhängigkeitserkrankte im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden eine signifikant verminderte Bindungssicherheit aufweisen (Unterrainer et al. 2016; Hiebeler-Ragger et al. 2016; Unterrainer et al. 2017). Im Gegensatz dazu machte es weder einen Unterschied, ob die Patienten Alkoholiker oder Mehrfachsubstanzabhängige waren, noch, ob die Patienten sich in Abstinenz- oder Substitutionstherapie befanden. Vieles spricht daher dafür, dass ein unsicherer Bindungsstil ein zugrunde liegendes Merkmal aller Suchterkrankungen darstellt. In einem weiteren Schritt untersuchten die Studien von Unterrainer et al. (2016; 2017) zudem Auffälligkeiten in neuronalen Faserverbindungen. Auch hier zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Suchtkranken und gesunden Probanden, insbesondere in der superioren Corona radiata und dem superioren Fasciculus longitudinalis der rechten Hemisphäre. Weitere Analysen zeigten schließlich die Verknüpfung zwischen Schäden in diesen Hirnarealen und unsicherer Bindung. Die Frage, ob Sucht innerhalb des unsicheren Bindungsspektrums mit einem der spezifischen Bindungsmuster zusammenhängt, konnte dagegen bisher weniger eindeutig beantwortet werden. Die Ergebnisse der bisherigen Forschung bringen zwar überwiegend den unsicher-vermeidenden Bindungsstil

in einen Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen, vereinzelt Studien konnten aber auch Verbindungen mit unsicher-ambivalenten Mustern nachweisen (Schindler und Bröning 2015). Es finden sich jedoch Hinweise, dass verschiedene Substanzstörungen mit charakteristischen Bindungsstilen einhergehen. So zeigen Heroinabhängige in erster Linie einen unsicher-vermeidenden Stil, während sich für Patienten mit anderen Suchtstörungen heterogene Bindungsunsicherheit nachweisen lässt.

Konklusion

Der Mensch braucht funktionierende Beziehungen zu anderen Menschen, um sich in der Welt zurechtzufinden. Der süchtige Krankheitsmodus ist ein Weg, dieser Sucht nach dem Anderen zu entfliehen. Dabei wird die Abhängigkeit von den belebten »Beziehungsobjekten« durch die Abhängigkeit von einem toten Objekt ausgetauscht. Anders als bei den Mitmenschen handelt es sich bei diesen toten Objekten in gewisser Weise um sichere Liebesobjekte, die den Betroffenen weder enttäuschen noch verlassen können. Trotzdem steht die Droge mit dem Süchtigen in einer extrem ambivalenten Beziehung, die einem sadomasochistischen Muster folgt: Auf der einen Seite spendet die Droge Gefühle der Macht, Anregung und Entängstigung, auf der anderen Seite bringt sie dem Süchtigen Scham, Schuldgefühle, Zerstörung und schließlich den Tod. Die Ergebnisse der Bindungsforschung zeigen, dass die Therapie der traumatischen Bindungsgeschichte des erkrankten Individuums ein wichtiger Baustein ist, um den festen Griff dieser destruktiven Dynamik zu lockern. Ausgehend von der sicheren Basis der therapeutischen Beziehung können sich so funktionalere Bindungsmuster entwickeln, die neue Handlungsspielräume eröffnen und dem süchtigen Verhalten entgegenwirken.

Literatur kann bei der Redaktion angefragt werden.

Jürgen Fuchshuber, BSc MSc

Psychologe, Dissertant (Dr. sci. med) an der medizinischen Universität Graz, Doctoral school für Lifestyle related diseases

Forschungsinteressen: Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere im Hinblick auf psychodynamische, bindungstheoretische und neurowissenschaftliche Fragestellungen, sowie Spiritualität und Psychotherapie

Spurensuche

Hallo, ich bin Tina, bin 40 Jahre alt und war ziemlich am Ende. Ich war obdachlos, hatte keinen Sinn mehr im Leben. Dank meiner Bewährungshilfe ging ich zum Grünen Kreis in Johnsdorf.

Ich bin seit sechs Monaten auf Therapie, was ich mir nie hätte vorstellen können, weil ich damals auf Crystal Meth war und mein Gehirn ziemlich abgebaut hatte.

Ich habe mich dank meiner und der Hilfe der Therapeutischen Gemeinschaft gut erholen können. Hier arbeite ich in der Tischlerei und wollte zunächst eine Tischlerlehre machen. Leider stellte sich heraus, dass ich diesen Weg nicht verfolgen kann, da ich bereits in Invaliditätspension bin. Das hat mich sehr enttäuscht, doch die Gemeinschaft hielt mir die stationäre Dauerbetreuung vor Augen, und mit so einer Gemeinschaft fühle ich mich in der Dauerbetreuung auch gut aufgehoben. Auch in der Dauerbetreuung ist es mir möglich, die Struktur der Therapie beizubehalten und weiterhin in der Tischlerei zu arbeiten.

Ohne die Therapeutische Gemeinschaft glaube ich nicht, dass ich so weit in meiner Therapie gekommen wäre und so einen großen Teil meiner Gesundheit zurückbekommen hätte. In unserer Gruppe, die aus 12 bis 18 Leuten besteht, achten wir aufeinander und bieten uns durch unsere Erfahrungen gegenseitig Hilfe an. Es hilft, vor allem von Leuten, die etwas Ähnliches durchgemacht haben, Ratschläge anzunehmen.

Tina,

Die Therapeutische Gemeinschaft hat mir gezeigt, dass Konfrontation und Hilfestellungen sowie auch viele Meinungen sehr wichtig sind.

Durch die Gruppentherapien und meine Mitklienten konnte ich persönliche Themen bearbeiten. Wichtig dabei waren die vielen Rückmeldungen meiner Gruppe, da sie mir mehr Möglichkeiten gegeben haben, Probleme zu lösen oder zu verhindern. Dafür bin ich sehr dankbar, da ich dadurch Vertrauen zu meiner Gruppe aufbauen konnte.

Durch meine Suchterkrankung ist es für mich schwer oder fast unmöglich, im normalen Lebensalltag und ohne Unterstützung clean zu bleiben. In der Therapeutischen Gemeinschaft wird mir ein optimales Übungsumfeld für solche Probleme geboten.

Viele Taktiken, wie beispielsweise mit Stress und Druck umzugehen oder auch das Durchhaltevermögen auszubauen, werden mir hier beigebracht.

Wenn hier Probleme bei mir auftreten, kann ich mich auf den Rat meiner Gruppe, auf den Therapeuten und andere Angestellte verlassen.

In der Therapeutischen Gemeinschaft konnte ich wieder lernen, nüchtern Spaß zu haben, insbesondere beim Sport habe ich einen Weg gefunden, das Leben ohne Drogen zu genießen.

Michael

Emotion und Substanzabhängigkeit: Die Rolle der Anderen



von Michaela Hiebler-Ragger

Emotionen sind ein wichtiger, allgegenwärtiger Bestandteil unseres Lebens und von besonderer Bedeutung für die Interpretation und Verarbeitung von Erfahrungen sowie die Planung von Handlungen.

Sie beinhalten unterschiedliche körperliche Reaktionen (z. B. Atmung, Gesichtsausdruck, Mimik) und können in der Regel benannt, begründet und willentlich beeinflusst werden. Während wir grundsätzlich darauf ausgerichtet sind, »positive« Emotionen herbeiführen und »negative« Emotionen vermeiden zu wollen, liefert das gesamte emotionale Spektrum wichtige Informationen. Entscheidend ist daher vor allem, ob Emotionen in einer bestimmten Situation angemessen eingesetzt werden können (Hülshoff, 2012). Evolutionär betrachtet, beeinflussen verschiedene Basisemotionen (z. B. Angst, Ärger und Lust) darüber hinaus die Entwicklung unserer Persönlichkeit, unserer sozialen Interaktionen und unserer Gesundheit (z. B. Davis & Panksepp, 2011).

Die Bedeutung von Bindung

Die Fähigkeit, Emotionen zu regulieren, wird über frühe Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen und vor allem durch die Reaktion der Bezugsperson

auf gezeigte Emotionen erlernt. Werden Emotionen (z. B. Angst) von den wichtigen Bezugspersonen ernst genommen und dahinterliegende Bedürfnisse (z. B. Sicherheit) befriedigt, lernt das Kleinkind, dass es seinen Emotionen nicht ausgeliefert ist (Lammers, 2015). Aus diesen positiven Lernerfahrungen entwickelt sich ein sicherer Bindungsstil und damit eine relativ stabile und anhaltende Überzeugung, dass die Umwelt von dieser sicheren Basis aus exploriert und dass bei Bedrohungen auf Hilfe anderer vertraut werden kann (Bowlby, 1973, 1982). Während die zunehmende Entwicklung kognitiver Ressourcen sowie mentaler Repräsentationen von Bezugspersonen und Bindungserfahrungen im Idealfall eine weitgehend selbstständige Regulation von Emotionen ermöglicht (Bowlby, 1973, 1982), besteht nie eine vollkommene Unabhängigkeit von anderen (Lewis, Amini & Lannon, 2001). Wenn wichtige Bezugspersonen hingegen negativ oder nicht auf Emotionen und Bedürfnisse reagieren, werden neue Reize (von innen oder außen) verstärkt als bedrohlich wahrgenommen. Da Andere zudem als wenig hilfreich gesehen werden, führt die Internalisierung dieser frühen negativen Bindungserfahrungen in der Folge zu unsicheren Bindungsstilen und damit vermehrten interaktionellen Konflikten, da entweder die eigene Unabhängigkeit übermäßig betont oder besonders intensives hilfeschendes Verhalten gezeigt wird (Bowlby, 1973, 1982).

Die Entstehung von Substanzabhängigkeit

Oft beginnt der Konsum psychotroper Substanzen in der Folge damit, dass zur Bewältigung von enormem Stress (ausgelöst z. B. durch traumatische Erfahrungen, schwierige Entwicklungsbedingungen oder aussichtslose Konfliktsituationen) nicht genügend Ressourcen vorhanden sind. Da über den Konsum kurzzeitig Entspannung erreicht werden kann, wird die Substanz mit der Zeit zum Ersatz für zwischenmenschliche Bindung (Brisch, 2015). Der Konsum psychotroper Substanzen dient daher dazu, negative Emotionen (z. B. Angst oder Ärger) zu unterdrücken und positive Zustände (z. B. Freude oder Selbstsicherheit) herbeizuführen (Lammers, 2015). In diesem Zusammenhang

wird häufig auch von »Selbstmedikation« (Khantzian, 1997) gesprochen. Für die Ausbildung einer Substanzabhängigkeit spielen dabei – dem bio-psycho-sozialen Modell entsprechend – neben der erhöhten Vulnerabilität einer Person auch die spezifischen Wirkungen verschiedener psychotroper Substanzen sowie diverse Umweltfaktoren (z. B. Verfügbarkeit einer Substanz) eine Rolle (siehe Abbildung 1). Hat sich eine Substanzabhängigkeit ausgebildet, wird diese ursprüngliche Motivation jedoch zunehmend von der Suchtdynamik (Craving und Vermeidung von Entzugserscheinungen) überlagert. Des Weiteren wird die Exploration der äußeren und inneren Welt unterbunden oder verzerrt. Durch fehlende neue und altersadäquate Beziehungserfahrungen bleibt die emotionale Entwicklung auf Dauer eingeschränkt (Brisch, 2015). Zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen, dass Substanzabhängigkeit sowohl mit unsicherem Bindungsverhalten als auch mit Schwierigkeiten in der Emotionsregulation einhergeht (z. B. Hiebler-Ragger et al., 2016; Unterrainer et al., 2017). Zur Erforschung der Emotionsregulation werden dazu beispielsweise Bilder und Beschreibungen interpersoneller Konfliktsituationen (siehe Abbildung 2) eingesetzt, die bei den TeilnehmerInnen negative Emotionen (z. B. Ärger) auslösen sollen. PatientInnen mit Substanzabhängigkeit scheinen auf diese Situationen emotionaler zu reagieren und dysfunktionale Regulationsmechanismen (z. B. Unterdrückung) anstatt kognitiv anspruchsvollerer Mechanismen (z. B. Neubewertungen) einzusetzen (Hiebler-Ragger et al., 2017). Beeinträchtigungen in der Emotionsregulation – die sich auch auf neuronaler Ebene widerspiegeln – finden sich aber nicht nur in der Substanzabhängigkeit; sie erhöhen vielmehr die Vulnerabilität für verschiedene psychische Störungen und tragen damit zum hohen Ausmaß an Komorbidität bei (Kret & Ploeger, 2015).

Implikationen für die Behandlung

Die Entwicklung von neuen Strategien zur Regulation von Emotionen ist daher wichtig für die Behandlung der Substanzabhängigkeit und die Prävention von Rückfällen. Im Sinne eines Emotionsmanagements

geht es in der Therapie darum, durch die Integration von Emotion, Verhalten und Kognition, insbesondere in sehr emotionalen Situationen, mehr Kontrolle über die eigenen Handlungen zu bekommen und damit die emotionale Stabilität zu verbessern. So kann Gefühlen von Hilflosigkeit und Kontrollverlust, die in der Folge zu fremd- oder selbstschädigendem Verhalten führen können, entgegengewirkt werden (Lammers, 2015). Im Verlauf der Therapie geht es aber nicht

nur um die Regulation und Kontrolle von Emotionen, der sichere Rahmen der therapeutischen Beziehung soll auch das Erleben, Aushalten und Annehmen von Emotionen ermöglichen. Empathie und Validierung vonseiten der Therapeutin/ des Therapeuten fördern diese emotionale Öffnung und Erlebnisfähigkeit, wodurch auch der Zugang zu bzw. die Arbeit an interaktionellen Konflikten und unsicheren Bindungsstilen erleichtert wird. Während in der Therapie der

Substanzabhängigkeit der Fokus vor allem auf dem Aufbau von Strategien zur Emotionsregulation liegt, sollte insgesamt eine Verbesserung der emotionalen Kompetenz erreicht werden, sodass Emotionen situationsadäquat reguliert oder stimuliert bzw. ausgedrückt werden können. Emotionsfokussierte Interventionen sind dabei stets Teil eines übergeordneten Therapiekonzeptes und sollten zur individuellen Problematik der Patientin/ des Patienten passen (Lammers, 2015).

Abbildung 1: Emotion, Bindung und Substanzabhängigkeit

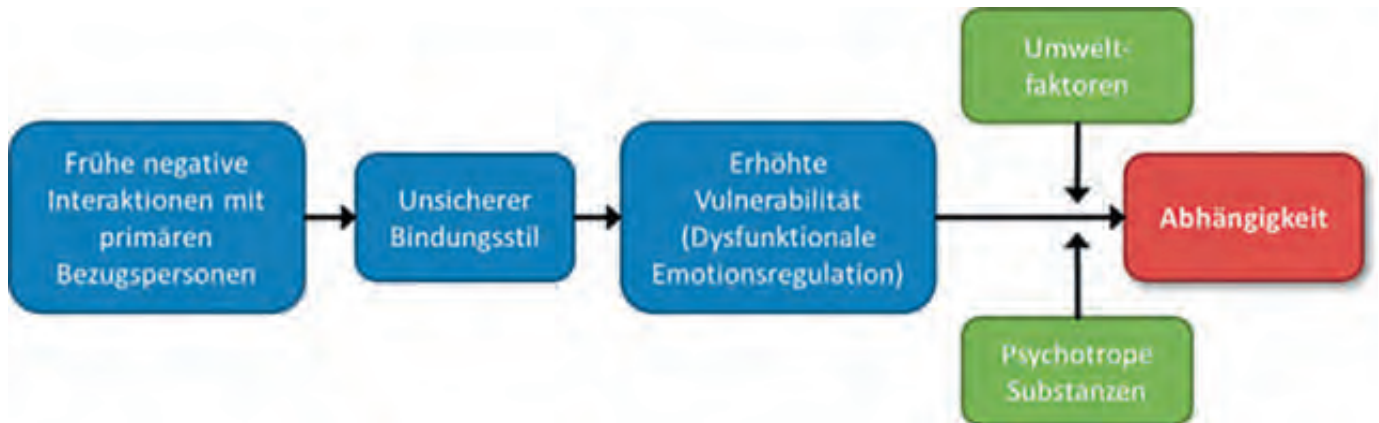


Abbildung 2: Beispiele interpersoneller, Ärger auslösender Konfliktsituationen aus wissenschaftlichen Studien zur Emotionsregulation



Man findet die Wäsche einer anderen Person in der Waschmaschine



Man wird für einen wichtigen Termin nicht rechtzeitig geweckt



Jemand gibt nicht zu, eine teure Weinflasche zerbrochen zu haben

Literatur

- Bowlby, J.** (1973). Attachment and loss, Vol. 2: Separation: Anxiety and anger. New York: Basic Books.
- Bowlby, J.** (1982). Attachment and loss, Vol. 1: Attachment (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Brisch, K. H.** (2015). Bindung und Sucht (2. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Davis, K. L. & Panksepp, J.** (2011). The brain's emotional foundations of human personality and the Affective Neuroscience Personality Scales. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(9), 1946–1958.
- Hiebler-Ragger, M., Unterrainer, H.-F., Rinner, A. & Kapfhammer, H.-P.** (2016). Insecure Attachment Styles and Increased Borderline Personality Organization in Substance Use Disorders. *Psychopathology*, 49(5), 341–344.
- Hiebler-Ragger, M., Unterrainer, H. F.,**

- Perchtold, C. M., Fuchshuber, J., Wagner-Skacel, J., Papousek, I., ... Fink, A.** (2017). Emotion dysregulation and insecure attachment in poly drug use: An fMRI study. Präsentation im Rahmen des Neuropsychanalyse Congress 2017, London.
- Hülshoff, T.** (2012). Emotionen. Eine Einführung für beratende, therapeutische und soziale Berufe. München: Ernst Reinhardt.
- Khantzian, E. J.** (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244.
- Kret, M. E., & Ploeger, A.** (2015). Emotion processing deficits: A liability spectrum providing insight into comorbidity of mental disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 52, 153–171.
- Lammers, C.-H.** (2015). Emotionsfokussierte Methoden. *Techniken der Verhaltenstherapie* (1. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.

- Lewis, B. T., Amini, F. & Lannon, R.** (2001). A general theory of love. New York: Random House.
- Unterrainer, H. F., Hiebler-Ragger, M., Koschutnig, K., Fuchshuber, J., Tscheschner, S., Url, M., ... Fink, A.** (2017). Addiction as an Attachment Disorder: White Matter Impairment is linked to Increased Negative Affective States in Poly Drug Use. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11(April), 1–11.

Dr.ⁱⁿ Michaela Hiebler-Ragger

ist als Klinische und Gesundheitspsychologin in der ambulanten Rehabilitation und in eigener Praxis (www.hiebler-ragger.com) in Graz tätig. Des Weiteren arbeitet sie als Lehrbeauftragte in den Bereichen Psychotherapie und Soziale Arbeit. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich der Bindungstheorie und deren Zusammenhang mit Emotionsregulation, Spiritualität und Psychopathologie.

Kunst im Grünen Kreis

Einfach.Raum.Nehmen.

Eine Kongress-Nachlese



von Kurt Neuhold

Über den Kongress zum 35-Jahr-Jubiläum des Grünen Kreises wurde zwar schon im vorigen Magazin (Nr. 107) berichtet, der Kongress bot aber auch mir den idealen Rahmen, um »Kunst im Grünen Kreis« zu präsentieren.

Ich nutzte die Gelegenheit, um über die vielfältigen künstlerischen Aktivitäten und die inhaltlichen Anliegen des Kunstprojekts zu informieren. Dabei war es mir wichtig zu verdeutlichen, dass das Projekt und diese Form der Kunstproduktion auf einem prozessualen Kunstverständnis beruhen. Die Bedürfnisse und Interessen der KlientInnen und die Möglichkeiten innerhalb der Institution ergeben den Rahmen für künstlerisches Handeln, das stets von Fachleuten/KünstlerInnen angeleitet und strukturiert wird. »Kunst im Grünen Kreis« beinhaltet nicht nur das kunsthandwerkliche Gestalten, sondern auch die bei der Projektplanung und beim künstlerischen Arbeiten sich entwickelnden sozialen und kommunikativen

Prozesse. Kunstprojekte sind wichtige Impulsgeber für die Therapeutische Gemeinschaft, denn aufwendige und komplexe Kunstaktionen wie Landart-Skulpturen, Radiosendungen, Zeichentrickfilme oder Theaterproduktionen können nur arbeitsteilig und in Zusammenarbeit realisiert werden. Scheitern muss möglich sein! Entsteht jedoch ein repräsentables oder vermarktbares Kunstobjekt, so ist das ein Mehrwert, der bei Ausstellungen oder Aufführungen die Fähigkeiten und den künstlerischen Einfallsreichtum der KlientInnen in der Öffentlichkeit dokumentiert.

Deutlich wurde dies bei der Performance »Einfach.Raum.Nehmen.«, die von Karin Eduardo, Birgit Langer und Wolfgang Tongisch in den gediegenen Räumlichkeiten des Apothekertrakts im Schloss Schönbrunn aufgeführt wurde. Bewegung und Begegnung im Raum war das Thema, zu dem in einem offenen Arbeitsprozess, mit Spiel-Raum für eigene Ideen, unter der Leitung von Johanna Tatzgern/»Goldfuss unlimited« in mehreren Arbeitsphasen in der Ambulanz Wien und im WUK gearbeitet wurde. Im Zentrum stand ein Spiel mit 35 Buchstabenhütchen (symbolisch für 35 Jahre Grüner Kreis), die kreisförmig aufgestellt, umkreist oder wie zufällig gruppiert, Wörter wie »MUT«, »SUCHEN«, »FINDEN« ergaben.

Das Performative bildete auch den Kunstaspekt der Theraband-Aktion von Elisabeth Orlowsky-Warrings und Jutta Goldgruber. Vordergründiges Ziel war es, die KongressteilnehmerInnen nach der Mittagspause zu aktivieren. Die magischen Klänge einer Klarinette und die elastischen Eigenschaften des Therabandes sollten dazu verführen, miteinander in Beziehung zu treten, sich im Spiel zu verbinden und wieder zu lösen. Für die Mutigen war es ein fröhliches Erlebnis, für viele waren Kaffee und Kuchen vom POOL7-Catering verführerischer.

Die für die meisten KlientInnen wichtigste Kunstgattung ist die Musik. Musik ist allgegenwärtig, wird meist jedoch nur passiv konsumiert. Die musikalischen Vorlieben sind vielfältig und sehr unterschiedlich. Erfreulicherweise gibt es unter den KlientInnen und MitarbeiterInnen auch aktive MusikerInnen, die ihre Erfahrungen musikalisch verarbeiten oder in Liedern besingen. Sicht- und hörbar wurde dies am ersten Kongresstag beim Auftritt von Wolfgang Silberbauer und Franz Hosiner. In vier auf der Gitarre virtuos begleiteten Liedern besang Wolfgang Silberbauer eindrucksvoll die Stationen einer Suchterkrankung: Schrecken, Verzweiflung, Hoffnung, Abschied.

»Bindung und Beziehung« in der POOL7-Galerie

Das Thema des Kongresses war der passende Anlass, um eine Gruppenausstellung in der POOL7-Galerie zu kuratieren, an der sich KünstlerInnen sowohl aus etablierten Galerien als auch aus dem Umfeld des Grünen Kreises beteiligten. In der von der Kunstszene sehr positiv rezensierten Ausstellung nahmen 18 KünstlerInnen in ihren Kunstwerken Bezug auf die unterschiedlichen Facetten und Aspekte von Bindung und Beziehung. In Malerei, Objektkunst, Video und Fotografie wurden Beziehung und Liebe in all ihren sinnlichen, aber auch tragischen Facetten dargestellt. Dass Kette, Draht und Steckdose, aber auch die Halswirbel Atlas und Axis wichtige Formen materieller Verbindungen sind, wurde ebenso thematisiert wie die für viele so tragische Bindung an diverse Substanzen oder die idealisierte Beziehung zu Tieren. Deutlich wurde, dass sich Farbe, Fläche, Linie und Form zu einem abstrakten Bildraum verbinden können, und auch, dass Erinnerungen oft mit Stoffen, Textilien, Farben und Mustern verbunden sind.

Ausgestellt haben: Anne Marie Ambrozy, Claudia Bauer, Bettina Beranek, Sonja Burtscher, Leslie De Melo, Jutta Fischel, Do Laura Heneis, Ulli Klepalski, Karl Kilian, Sylvia Kummer, Benjamin Kuran, Georg Oberweger, Verena Prandstätter, Eva Pusztai, Brigitte Sasshofer, Konrad Stania, Astrid Steinbrecher, Christine Ulm, Christiane Spatt und Linde Waber.

Der FIT FOR LIFE – Literaturpreis

Die Jubiläumstagung des Vereins *Grüner Kreis* bildete den feierlichen Rahmen für die erstmalige Vergabe des »FIT FOR LIFE – Literaturpreises«. Ausgezeichnet wurden literarische Texte von Autorinnen und Autoren, die schon einmal wegen eines Alkohol- oder Suchtproblems in Behandlung waren. Mit dem Literaturpreis sollen die literarischen Bemühungen und Fähigkeiten von Menschen gefördert werden, für die das Schreiben einem tiefen Ausdrucksbedürfnis entspringt und die im Schreiben eine Form der bewussten Auseinandersetzung mit dem Leben und ihrer Erkrankung sehen.

Das Schreiben kann eigene salutogene Ressourcen aktivieren, was für das Erreichen eines selbstbestimmten und selbstbewussten Lebens hilfreich ist. Diesem Schreiben öffentliche

Anerkennung zu zollen und damit gegen Vorurteile und die noch immer mit einer Suchterkrankung verbundene Stigmatisierung anzukämpfen, ist ein Anliegen des Literaturpreises.

Die Verleihung des erstmals ausgeschrieben Preises fand am 17. Mai 2018 im Rahmen des Kongresses im würdigen Ambiente von Schloss Schönbrunn statt. Der Jury – Karin Ivancsics (Schriftstellerin), Manfred Chobot (Schriftsteller, Galerist) und Gerhard Ruiss (Schriftsteller, Geschäftsführer IG Autorinnen Autoren) – fiel es nicht leicht, eine Auswahl aus den zahlreichen qualitativollen Einreichungen zu treffen. Mit Anerkennungspreisen gewürdigt wurden die Texte »Tagebuch« von Miriam Ludescher und »Tage« von Markus Reischl; den zweiten Preis bekam der Text »nicht in mich hineinschauen« von Claudia Bitter; den Hauptpreis gewann der Text »Georg« von Ali Al Taiee. Der Schauspieler Erwin Leder las einfühlsam, prägnant und professionell Passagen aus den ausgezeichneten Texten. Die Preisschecks überreichten, stellvertretend für den Verein »FIT FOR LIFE – Literaturpreis«, Dr. Harald David, der Initiator des Preises, Alfred Rohrhofer und ich gemeinsam mit den Jurymitgliedern.

Die Texte, die für einen Preis ebenfalls im Gespräch waren, aber dieses

Mal nicht ausgezeichnet wurden, sind gemeinsam mit den Preisträgertexten auf der Website des Literaturpreises nachzulesen.

Der Literaturpreis 2019 – Texteinreichung bis 31. Jänner 2019

Derzeit läuft die Ausschreibung für den FIT FOR LIFE – Literaturpreis 2019. Autorinnen und Autoren, die heuer nicht zum Zug gekommen sind, können wieder einreichen. Teilnahmeschluss ist der 31. Jänner 2019. Nähere Informationen finden Sie auf der Website: www.fitforlife-literatur.at.

Thematisch ist der Wettbewerb offen – Sucht und damit Zusammenhängendes kann thematisiert werden, es ist jedoch nicht notwendig, sich mit dem Thema überhaupt zu beschäftigen. Gefordert sind qualitativolle literarische Texte! Wir freuen uns auf zahlreiche Einreichungen, und ich bin mir sicher, dass es der ehrenamtlich arbeitenden Jury, bestehend aus Margit Niederhuber, Manfred Chobot und Gerhard Ruiss, wieder schwerfallen wird, eine Auswahl zu treffen.

Kurt Neuhold

Leiter Kunst im Grünen Kreis
www.gruenerkreis.at/kunst-im-gruenen-kreis-0

Die PreisträgerInnen des **FIT FOR LIFE – Literaturpreises** im Kreise der Organisatoren und JurorInnen: (von links) Kurt Neuhold, Erwin Leder, Karin Ivancsics (verdeckt), Claudia Bitter, Manfred Chobot, Markus Reischl, Dir. Alfred Rohrhofer, Ali Al Taiee, Prim. iR Harald David und Gerhard Ruiss.



Deutscher Suchtkongress 2018

Wie in jedem Jahr fand auch 2018 und zwar vom 17. bis 19. September, der Deutsche Suchtkongress zum insgesamt 11. Mal, dieses Mal am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in der Hansestadt gleichen Namens statt. »Sucht interdisziplinär« betrachtet, sollte auch in diesem Jahr das wissenschaftliche Programm bzw. das gesamte Kongressgeschehen bestimmen. Für mich bzw. das Zentrum für Integrative Suchtforschung (CIAR) im Verein *Grüner Kreis* war es eine besondere Freude bzw. Ehre, von meinem deutschen Kollegen, Dr. Andreas Schindler, vom Uni-Klinikum Hamburg-Eppendorf für ein gemeinsames Symposium eingeladen worden zu sein. »Bindung und Sucht«, so lautete der Titel unseres gemeinsamen Beitrags, in welchem die Rolle der Bindungstheorie thematisiert bzw. auf Sucht als eine mögliche Form der Bindungsstörung eingegangen werden sollte. Als weitere Mitstreiterinnen konnten Frau Dr.in Christel Lüdecke, Chefarztin an den Asklepios Kliniken in Göttingen und Frau. Prof.ⁱⁿ Sonja

Bröning von der Medical School Hamburg gewonnen werden. »Bindung und Sucht« sind ja auch am CIAR bzw. im Verein *Grüner Kreis* schon des Längeren ein Forschungsthema – auch wurde der Jubiläumskongress: 35 Jahre Verein *Grüner Kreis* im Mai 2018 zu eben dieser Thematik veranstaltet. In unserem Symposium sollte nun ein Überblick über den Stand der Bindungsforschung bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen gegeben werden. Theoretisch lässt sich dabei Substanzkonsum als (letztlich meistens leider vergeblicher) Versuch verstehen, aufgrund unsicherer Bindungsmuster fehlende Affekt- und Beziehungsregulationsstrategien zu ersetzen. In seinem Vortrag fasste Andreas Schindler dann, basierend auf einem Systematischen Überblick der durchgeführten Arbeiten, den aktuellen Forschungsstand zu »Bindung und Sucht« zusammen. Im Anschluss daran war ich an der Reihe, um unter dem Titel »Neurobiologische und psychische Aspekte von Bindung und Sucht« über unsere eigene Forschungstätigkeit der

letzten Jahre zu berichten. Danach fokussierte Christel Lüdecke vor allem auf die Rolle von traumatisierenden Erfahrungen im Kontext von Sucht und Bindung. Dabei wurde auf ein integratives Behandlungsmodell, welches neben der Suchttherapie auch eine psychotraumatologische Behandlung vorsieht, eingegangen. Abschließend betrachtete dann Sonja Bröning noch Bindungsstile bei Kindern von suchtkranken Eltern im Kontext von Belastungsfaktoren und Bewältigungsstilen. Der vermutete Zusammenhang zwischen dem elterlichen Erziehungsverhalten und der Bindungssicherheit bei Kindern wurde dabei bestätigt. Die Rolle der Bindung bzw. des in Beziehung seins bleibt für den Verein *Grüner Kreis*, der ja seine Behandlung auf der Basis der Therapeutischen Gemeinschaft anbietet, weiterhin ein zentrales Thema. Was bleibt, ist, den Veranstaltern zu diesem wirklich gelungenen Event zu gratulieren – ich persönlich werde sehr gerne wiederkommen.

Human-Friedrich Unterrainer

Symposium beim Deutschen Suchtkongress 2018 in Hamburg: (von links) Dr.ⁱⁿ Christel Lüdecke (Asklepios Fachklinikum Göttingen), Prof.ⁱⁿ Sonja Bröning (Medical School Hamburg), Dr. Andreas Schindler (Uni-Klinik Hamburg-Eppendorf), PD Human Friedrich Unterrainer (CIAR - Verein *Grüner Kreis*, Wien).



in the US and a culture of TC research is being developed in Europe. It is vital to maintain this type of treatment to support recovery of drug addicts, in particular for individuals with long-lasting and complex problems.

References

- Broekaert, E.** (2006). What future for the Therapeutic Community in the field of addiction? A view from Europe. *Addiction*, 101, 1677-1678.
- Broekaert, E., Autrique, M., Vanderplasschen, W. & Colpaert, K.** (2010) The human prerogative. Questions on the integration of evidence-based, existential and social critical paradigms of care in substance abuse treatment. *Psychiatric Quarterly*, 81(3), 227-238.
- Broekaert, E., Kooyman, M. & Ottenberg, D.** (1993). What cannot be changed in a therapeutic community? *Orthopedagogische Reeks Gent* 2, 51-62.
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C.D. & Coletti, M.** (1999). The design and effectiveness of therapeutic community research in Europe: An overview. *European Addiction Research*, 5, 21-35.
- Broekaert, E. & Vanderplasschen, W.** (2003). Towards the integration of treatment systems for substance abusers: Report on the Second International Symposium on Substance Abuse Treatment and Special Target Groups. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(2), 237-245.
- Broekaert, E., Vandeveld, S., Soyez, V., Yates, R., Slater, A.** (2006). The third

generation of therapeutic communities: The early development of the TC for addictions in Europe. *European Addiction Research*, 12, (1), 1-11.

Community of Communities (CofC) (2012a). Our values and standards. Retrieved from: <http://www.rcpsych.ac.uk/quality/quality-andaccreditation/therapeuticcommunities/communityofcommunities/ourvaluesandstandards.aspx>.

De Leon, G. (1997). Community as method. *Therapeutic communities for special populations and special settings*. Westport, C.T.: Greenwood Publishing Group, Inc.

DeLeon, G. (2000). The therapeutic community. Theory, model and method. New York: Springer.

De Leon, G. (2010). Is the Therapeutic Community an Evidence-based Treatment? What the Evidence Says. *International Journal of Therapeutic Communities*, 31(2), 104-128.

De Leon, G. & Ziegenfuss, J. (1986). Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Glaser, F.B. (1981). The origins of drug-free therapeutic communities. *Addiction*, 76(1), 13-25.

Goethals, I., Soyez, V., Melnick, G., De Leon, G. & Broekaert, E. (2011). Essential elements of treatment: A comparative study between European and American therapeutic communities for addiction. *Substance Use & Misuse*, 46, 1023-1031.

Hedrich, D., Pirona, A. & Wiessing, L. (2008). From margin to mainstream: The evolution of harm reduction responses to problem drug

use in Europe. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 15(6), 503-517.

Kennard, D. (1994). The future revisited: New frontiers for therapeutic communities. *Therapeutic Communities*, 15(2), 97-102.

Roberts, J. (1997). How to recognise a therapeutic community. *Prison Service Journal*, 111, 4-7.

Smith, L.A., Gates, S. & Foxcroft, D. (2006). Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane database of systematic reviews*, 1: DOI: 10.1002/14651858.CD005338.

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R.C., Pearce, S., Broekaert, E. & Vandeveld, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal*, 2013, Article ID 427817.

Vanderplasschen, W., Vandeveld, S. & Broekaert, E. (2014). Therapeutic Communities for Addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges (EMCDDA Insights Series). Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Wouter Vanderplasschen (PhD)

is associate professor at the Department of Special Needs Education (Orthopedagogiek) of Ghent University (Belgium). He is a senior researcher in the field of addictions, recovery and mental health. His main research interests are substance abuse, case management, therapeutic communities, vulnerable groups, and evaluation of interventions.

Peergroup in Bezug auf Medienkonsum. Einen bedeutenden Faktor stellen darüber hinaus intrafamiliäre Konflikte dar (vgl. Wölfling et al. 2013). Da viele Computerspiele ihre Schwierigkeit an das Können der Spielenden anpassen und die volle Aufmerksamkeit der Spielenden fordern, können sie dabei helfen, unangenehme Empfindungen in den Hintergrund zu rücken. So kann exzessives Spielen auch ein wichtiger Hinweis auf zugrunde liegende familiäre Konflikte sein. In diesem Sinne wäre ein suchtartiges Computerspielverhalten eher als dysfunktionale und vermeidende Copingstrategie denn als eigenständiges Krankheitsbild zu verstehen.

Bewertung

Das Familiensystem ist sowohl bei der Prävention als auch bei der Behandlung suchtartigen Spielverhaltens einzelner Mitglieder ein zentrales Element. Eltern, die ein Problembewusstsein haben und selbstständig aktiv werden, finden

Anlaufstellen sowohl im beraterischen (z. B. www.fachstelle-enter.at, www.bupp.at, www.saferinternet.at) als auch im therapeutischen Kontext (z. B. www.ambulanz.sfu.ac.at, www.api.or.at). Schwieriger ist es natürlich, Familien zu erreichen, die Helfersystemen kritisch gegenüberstehen und freiwillige Angebote nicht in Anspruch nehmen. Sinnvoll wäre hier, indirekt über MultiplikatorInnen zu wirken und LehrerInnen sowie Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe auf spezifisch medienpädagogische Aufgabenstellungen hin zu schulen.

Grundsätzlich halte ich es für eine gesamtgesellschaftliche und somit politische Aufgabe, auf Phänomene exzessiven Computerspielens und den Stellenwert, den das Medium vor allem bei einer jüngeren Zielgruppe einnimmt, adäquat im Sinne von Präventionsmaßnahmen zu reagieren. Bis dies geschieht, sind Familien mit diesem Thema auf sich allein und auf eine vor allem außerhalb Wiens sehr dünn gesäte Beratungs- und Therapielandschaft gestellt.

Literatur

Gee, J. (2010): What Videogames have to teach us about learning and literacy. Palgrave Macmillan, New York.

Kammerl, R. et al. (2012): EXIF – Exzessive Internetnutzung in Familien. Studie im Auftrag des BMFSFJ, Berlin.

Petry, J. (2016): Computersüchtig? Pathologischer PC/Internetgebrauch als neues Störungsbild. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, Heft 1/2016.

Puhm, A./Strizek, J. (2016): Problematische Nutzung von digitalen Spielen: Forschungsbericht. *Gesundheit Österreich*, Wien.

Wölfling, K. et al. (2013): Computerspiel- und Internetsucht. Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual, Kohlhammer, Stuttgart.

Markus Meschik, MA

ist Sozialpädagoge und leitet die Fachstelle für digitale Spiele »Enter« in Graz. Er ist Gutachter und Experte für die »BUPP« des Bundesministeriums für Frauen, Familien und Jugend und dissertiert zum Thema Sucht bei digitalen Spielen an der Karl-Franzens Universität Graz.



QR-Code > Website

AV+Astoria druckt

umweltfreundlich.

Und das nunmehr vierfach

„Umwelt“-zertifiziert:

Österreichisches

Umweltzeichen, Print CO₂

geprüft, PEFC und FSC!

Sie können sich also darauf verlassen, dass wir unsere Verantwortung ernst nehmen und Ihre Drucksachen nachhaltig produziert werden.



Zertifizierungen

- > ProzessStandard Offsetdruck (ISO 12647-2) – geprüfter Qualitätsbetrieb
- > Österreichisches Umweltzeichen – umweltfreundliche Druckprodukte
- > EU-Ecolabel
- > PEFC – Förderung nachhaltiger Waldwirtschaft
- > FSC – Das Zeichen für verantwortungsvolle Waldwirtschaft
- > Print CO₂ geprüft – Klimaneutraler Druck (Klimaschutzzertifikatkauf)
- > Postzertifizierter Lettershop

Auszeichnungen

- > Sappi European Printer (Gold Award)
- > Printissimo
- > Golden Pixel Award
- > ARC

wir drucken GRÜN

AV+ Astoria
Druckzentrum



Stadt. Druckerei. Wien

AV+Astoria Druckzentrum GmbH | A-1030 Wien | Faradaygasse 6
Tel. +43/1/797 85-0 | Fax +43/1/797 85-218 | office@av-astoria.at | www.av-astoria.at
Niederlassung/Produktion | A-2540 Bad Vöslau | Druckhausstraße 1

Beratungs- & Betreuungsteam

Wien

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 3840827
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at
Sonja Kriegner, BA
Tel.: +43 (0)664 8111018
mail: sonja.kriegner@gruenerkreis.at
Juliane Lederhofer, DSA
Tel.: +43 (0)664 1809709
mail: juliane.lederhofer@gruenerkreis.at
Mag^a (FH) Veronika Reissert
Tel.: +43 664 8111010
mail: veronika.reissert@gruenerkreis.at

Niederösterreich, Burgenland

Harald Berger (NÖ)
Tel.: +43 (0)664 8111671
mail: harald.berger@gruenerkreis.at
Sara Klammer, BA (NÖ)
Tel.: +43 (0)664 2305312
mail: sara.klammer@gruenerkreis.at
Gabriele Stumpf (NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 8111676
gabriele.stumpf@gruenerkreis.at

Oberösterreich

Claudia Neuhold
Tel.: +43 (0)664 8111024
mail: claudia.neuhold@gruenerkreis.at

Steiermark

Mag.^a (FH) Christina Winter da Silva, MA
Tel.: +43 (0)664 8111041
christina.winter@gruenerkreis.at
Jasmin Kupfer, BA MA
Tel.: +43 (0)664 8111023
jasmin.kupfer@gruenerkreis.at

Kärnten, Osttirol

Thomas Liegl, BA
Tel.: +43 (0)664 384 0280
thomas.liegl@gruenerkreis.at

Salzburg

Jürgen Pils, DSA
Tel.: +43 (0)664 8111665
mail: juergen.pils@gruenerkreis.at

Tirol, Vorarlberg

Susanne Fessler-Rojkowski, DSA
Tel.: +43 (0)664 8111675
susanne.fessler@gruenerkreis.at

Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren

Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103
Tel.: +43 (0)1 5269489 | Fax: +43 (0)1 5269489-40
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11
Tel.: +43 (0)1 710 74 44 | Fax: +43 (0)1 710 74 44-22
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14
Tel.: +43 (0)664 8111676 | Fax: +43 (0)2622 61721
ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

Graz

8020 Graz, Sterngasse 12
Tel.: +43 (0)316 760196 | Fax: +43 (0)316 760196-40
mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3
Tel.: +43 (0)463 590126 | Fax: +43 (0)463 590127
mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Linz

4020 Linz, Sandgasse 11
Tel.: +43 (0)664 8111024 | Fax: +43 (0)732 650275-40
mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | www.gruenerkreis.at



grüner kreis